
BACHELORARBEIT

Barbara Jilg

**Förderung der Lebensqualität
im onkologischen Bereich,
speziell beim
Prostatakarzinom**

2014

BACHELORARBEIT

Förderung der Lebensqualität im onkologischen Bereich, speziell beim Prostatakarzinom

Autorin:
Barbara Jilg

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM11s1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Krehyer

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, 24.06.2014

BACHELOR THESIS

Support of the quality of life in the oncological area, especial- ly with the prostate gland carcinoma

author:
Barbara Jilg

course of studies:
Healthcare Management

seminar group:
GM11s1-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mannheim, 06-24-2014

Bibliografische Angaben

Jilg, Barbara

Förderung der Lebensqualität im onkologischen Bereich, speziell beim Prostatakarzinom

Support of the quality of life in the oncological area, especially with the prostate gland carcinoma

47 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract

In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird auf die Förderung der Lebensqualität im onkologischen Bereich, speziell beim Prostatakarzinom eingegangen. Zunächst werden die Krebsituation in Deutschland und Klassifikations-Systeme näher beleuchtet. Darauf folgend wird die Prävention und Aufklärung definiert und erklärt. In diesem Zuge werden verschiedene Marketing Strategien und Strukturen erläutert. Die Lebensqualität für und von betroffenen Patienten wird erörtert und später speziell beim Prostatakarzinom darauf eingegangen. Im Anschluss daran werden zwei bekannte Kliniken gegenübergestellt. Zum einen die Uniklinik Heidelberg und zum anderen die Klinik für Prostata Therapie, ebenfalls in Heidelberg, die ausschließlich Privatpatienten und Selbstzahler betreut. Ziel ist es u.a. herauszufinden, ob es Unterschiede in der Lebensqualität für die Patienten gibt. Zusammenfassend werden Handlungsempfehlungen für die Optimierung der Lebensqualität gegeben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Einführung mittels graphischer Darstellung	1
1.2 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
2 Die häufigsten onkologischen Erkrankungen in Deutschland.....	3
2.1 Diagnoseklassifikation und ICD-System.....	5
2.2 Tumorklassifikation und TNM-System.....	6
3 Krebsprävention und Aufklärung.....	8
3.1 Was versteht man unter Prävention und Aufklärung.....	8
3.2 Aufklärungskampagne	10
3.2.1 Integrierte Kommunikation	11
3.2.2 Crossmedia.....	13
3.2.3 Strategische Fragen.....	15
3.3 Arzt - Patienten Information.....	16
3.4 Präventionsprogramme	16
4 Lebensqualität für chronisch Kranke in der Onkologie.....	19
4.1 Objektive Lebensqualität.....	20
4.2 Subjektive Lebensqualität	21
5 Lebensqualität nach dem Krebs am Beispiel des Prostatakarzinoms	23
5.1 Definition Prostata und Prostatakarzinom	23
5.2 Diagnostik	25
5.3 Therapie.....	27
5.4 Klinikversorgung	29
5.5 Klinikangebote für Selbstzahler	30
5.6 Nachsorge	31
5.7 Gesundheitssport.....	32
6 Beispiel Uniklinik und Privatklinik	35
6.1 Uniklinik Heidelberg	35

6.2	Klinik für Prostata Therapie	37
7	Handlungsempfehlungen für die Optimierung der Lebensqualität	39
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	42
	Eigenständigkeitserklärung	46
	Lebenslauf mit Bild	47

Abkürzungsverzeichnis

AEDL:	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AHB:	Anschlussheilbehandlung
AOK:	Allgemeine Ortskrankenkassen
AZ:	Allgemeinzustand
BPH:	Benigne Prostatahyperplasie
Ca:	Karzinom
CT:	Computertomographie
ED:	Erektile Dysfunktion
EORTC:	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GLL:	Greenlight Laser
HIFU:	Hochintensiv fokussierter Ultraschall
HIT:	Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum
ICD:	International Classification of Diseases
IGeL:	Individuelle Gesundheitsleistungen
IRE:	Irreversible Elektroporation
LQ:	Lebensqualität
MRT:	Magnetresonanztomographie
PSA:	Prostata-spezifisches Antigen
TNM:	Tumor, Nodes, Metastasen (Tumorklassifikation)
TURP:	Transurethrale Resektion der Prostata
WHO:	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	1
Abbildung 2: Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010	3
Abbildung 3: Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2010	4
Abbildung 4: Weltweite Inzidenz verschiedener Krebsarten 2011	5
Abbildung 5: Grobe Grundlagen der TNM-Klassifikation 1992, modifiziert 2010	7
Abbildung 6: Belegte und/oder diskutierte Effekte von körperlicher Aktivität im Verlauf und nach einer Krebserkrankung.....	9
Abbildung 7: Rauchfrei Siegel	11
Abbildung 8: Modell Integrierte Kommunikation.....	12
Abbildung 9: MOPS-Matrix der Crossmedia-Funktionen	14
Abbildung 10: AOK Präventionsprogramme Krebs bei der Frau und bei dem Mann	18
Abbildung 11: Dimensionen der Lebensqualität.....	19
Abbildung 12: Urogenitaltrakt des Mannes	24
Abbildung 13: Differenzierungsgrad und Gleason-Score	27
Abbildung 14: Häufige Symptome, Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen einer Prostatakreberkrankung	32
Abbildung 15: Raten an postoperativer Belastungsinkontinenz und ED	34
Abbildung 16: Erfolgsfaktoren der Lebensqualität im onkologischen Bereich	41

1 Einleitung

1.1 Einführung mittels graphischer Darstellung

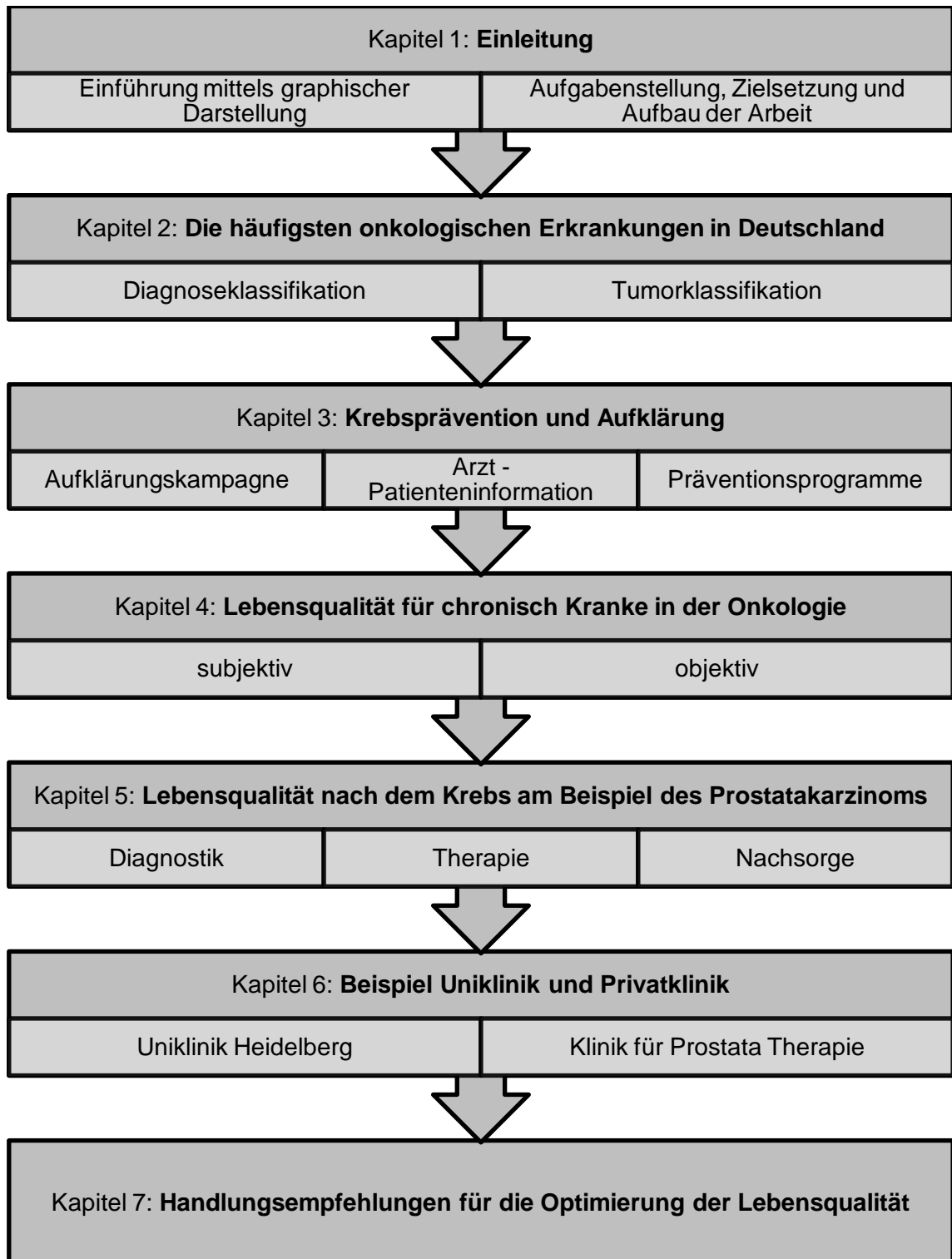


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit
[Eigene Abbildung]

1.2 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Das Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsthemen nimmt stetig zu. Ein großes Thema dabei ist Krebs. Jeder kennt jemanden oder hört von jemandem, der an Krebs erkrankt ist. Fast zwei Drittel aller Krebserkrankungen können durch verbesserte Früherkennungsmaßnahmen und moderner Behandlungsmöglichkeiten geheilt werden [vgl. Baumann/Jäger/Bloch 2012, 4]. Jährlich erkranken in Deutschland rund 65.874 Männer an einem Prostatakarzinom. Somit ist das die häufigste Krebserkrankung des Mannes [vgl. Robert Koch-Institut 2013, 16]. Ist der Krebs diagnostiziert, ändert sich auf einmal das ganze Leben eines Patienten. Es ergeben sich plötzlich bezüglich der Lebensgewohnheiten, der Lebensumstände und der persönlichen Interpretation von Lebensqualität große Veränderungen und Unterschiede. Was für eine Person unerlässlich ist, ist für eine andere Person total unwichtig.

Lebensqualität in der Onkologie, was bedeutet das überhaupt? Inwiefern ist ein Mensch in der individuellen Lebensführung eingeschränkt? Ist es sinnvoll, alle Therapien auszureizen und anzuwenden? Welchen Einfluss hat der Patient selbst auf die Wahl der therapeutischen Möglichkeiten? Welchen Beitrag leisten Angehörige?

Diese und weitere Fragen werden auf den folgenden Seiten diskutiert und beantwortet. Zu Beginn wird in Kapitel 2 erläutert, welche Krebserkrankungen in Deutschland die häufigsten sind. In Grafiken werden die Zahlen und Fakten zusammengefasst. Außerdem werden Einblicke in die Diagnoseklassifikation und die Tumorklassifikation gegeben. Dabei wird speziell auf die Situation des Prostatakarzinoms aufmerksam gemacht. Im darauffolgenden Kapitel 3 wird die Krebsprävention und Aufklärung näher beleuchtet. Präventions-, Marketing- und Kommunikationsmaßnahmen werden vorgestellt. Im Fokus des Kapitel 4 steht die Lebensqualität. Subjektive und objektive Lebensqualität wird unterschieden und beschrieben. Die Lebensqualität nach dem Krebs ist zu differenzieren. Verschiedene Diagnose und Therapieverfahren spielen dabei eine Rolle. In Kapitel 5 wird darauf und auf Themen wie z.B. den Klinikaufenthalt und die Nachsorge ausführlich eingegangen. Immer wieder werden in der Gesellschaft Unterschiede zwischen den privat- und den gesetzlich versicherten Patienten gemacht. In Kapitel 6 werden deshalb zwei Kliniken verglichen. Zum einen ein Haus der Maximalversorgung, die Uniklinik Heidelberg und zum anderen eine Privatklinik, speziell für Prostataerkrankungen, die Klinik für Prostata Therapie. Zum Abschluss wird eine Handlungsempfehlung für die Optimierung von Lebensqualität von Prostatakarzinompatienten gegeben.

2 Die häufigsten onkologischen Erkrankungen in Deutschland

Die Onkologie ist die Wissenschaft, die sich mit Krebsleiden befasst. Unter Krebs versteht man eine maligne (bösartige) Entwicklung eines Tumors, die auch Karzinom (Ca) genannt wird. Der Begriff Tumor stammt aus dem lateinischen und bedeutet Geschwulst bzw. Schwellung. Ein Tumor kann sowohl benigne (gutartig) als auch maligne (bösartig) sein. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind Tumore die zweithäufigste Todesursache in Deutschland [vgl. Leischner 2007, 2].

Im Jahr 2010 sind in Deutschland insgesamt 477.300 Menschen an Krebs erkrankt. Davon waren 224.910 Frauen und 252.390 Männer. Somit steigt die Inzidenz der Krebserkrankungen im Hinblick auf die demographische Entwicklung immer weiter an. Zu den häufigsten Krebserkrankungen zählen bei der Frau das Mamma-Ca und beim Mann das Prostata-Ca [vgl. Robert Koch-Institut 2013, 16]. In der folgenden Abbildung 2 ist der prozentuale Anteil der Tumorneuerkrankungen jeweils bei der Frau und bei dem Mann nach Häufigkeit abgebildet.

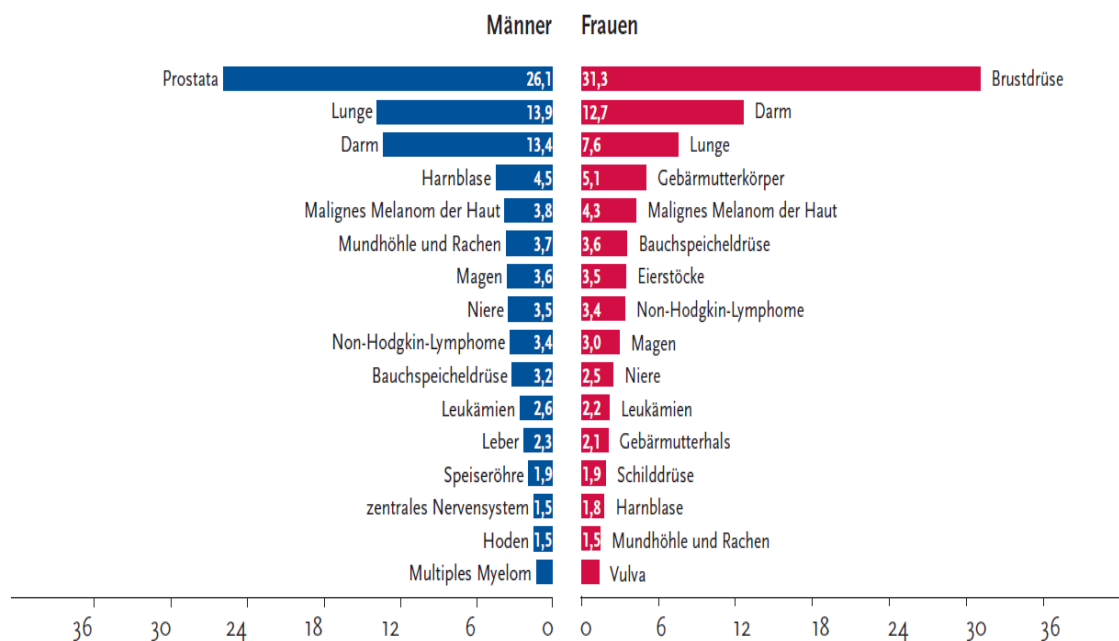


Abbildung 2: Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010
[Robert Koch-Institut 2013, 16]

Das durchschnittliche Sterbealter bei Krebspatienten liegt bei beiden Geschlechtern fünf Jahre unter der durchschnittlichen Lebenserwartung. Krebskranke Frauen werden daher durchschnittlich 75 Jahre und Männer 70 Jahre alt. Im Jahr 2010 sind 218.258

Menschen an ihrer Krebserkrankung gestorben. 100.403 davon waren Frauen und 117.855 Männer [vgl. Robert Koch-Institut 2013, 17]. In der folgenden Abbildung 3 sind die Krebssterbefälle prozentual mit ihren Tumorlokalisationen dargestellt. Man kann deutliche Unterschiede zur Abbildung 2 feststellen, in der die Inzidenz dargestellt wurde.

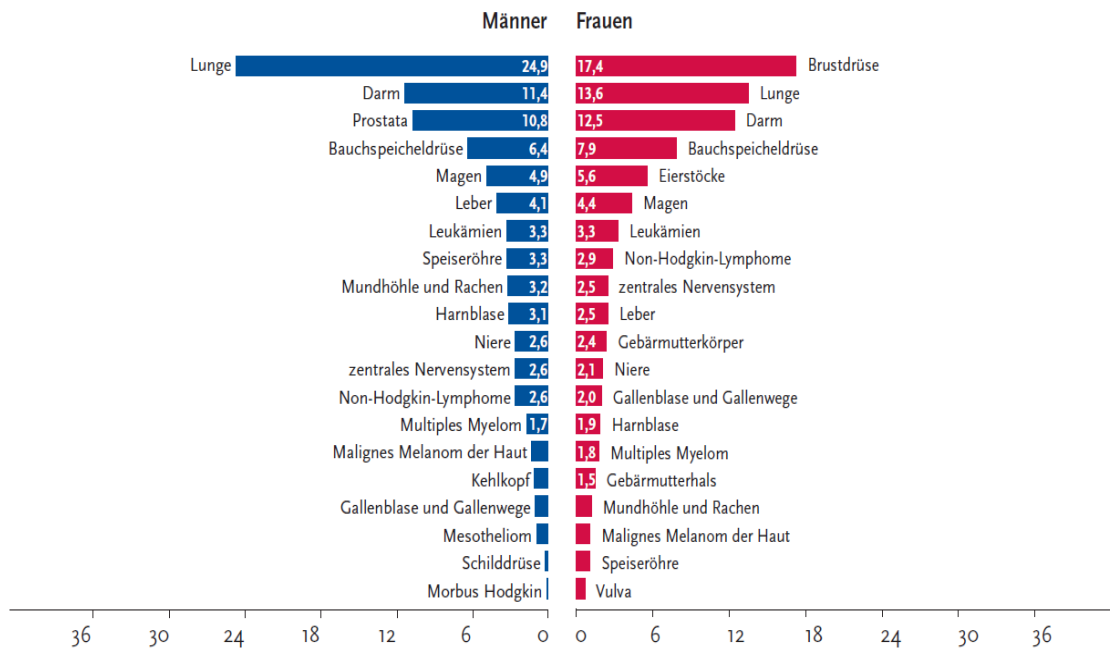


Abbildung 3: Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2010
[Robert Koch-Institut 2013, 17]

Im internationalen Vergleich unterscheiden sich die Lokalisationen der Tumoren im Vergleich zu Deutschland. Dies ist auf Lebensgewohnheiten und Umwelteinflüsse zurückzuführen. In Abbildung 4 wird zum Vergleich ein Überblick über die internationalen Zahlen gegeben.

	Jährliche Neuerkrankungen	Jährliche Sterberate
Männer ♂		
Lunge	1.095.200	951.000
Prostata	903.500	258.400
Darm	663.600	320.600
Magen	640.600	464.400
Leber	522.400	478.300
Speiseröhre	326.600	276.100
Blase	297.300	112.300

Frauen ♀		
Brustdrüse	1.383.500	458.400
Darm	570.100	288.100
Gebärmutterhals	529.800	275.100
Lunge	513.600	427.400
Magen	349.000	273.600
Leber	225.900	217.680
Eierstock	225.500	140.200

Abbildung 4: Weltweite Inzidenz verschiedener Krebsarten 2011
[Alberts/Hess 2014, 4]

Dieser Vergleich macht deutlich, dass ca. 7,3 % aller an Prostata-Ca neu erkrankten Menschen weltweit aus Deutschland kommen. Im internationalen Vergleich ist das eine enorme Zahl. Zur Berücksichtigung muss erwähnt werden, dass das Prostata-Ca in den westlichen Industrieländern deutlich häufiger auftritt, als z.B. im asiatischen Raum oder in Afrika. Besonders bei der schwarzen Bevölkerung in Nordamerika ist das Prostata-Ca weit verbreitet. Dies unterstützt die Theorie, dass die Lebensgewohnheiten in anderen Kulturen und die Umwelteinflüsse eine große Rolle in der Karzinogenese spielen [Leischner 2007, 48].

2.1 Diagnoseklassifikation und ICD-System

Um eine international einheitliche Methode zur Klassifikation von Erkrankungen und Todesursachen einzuführen, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) "Die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" ("International Classification of Diseases", ICD) etabliert. Diese international gültige Diagnoseverschlüsselung ermöglicht den Vergleich von weltweit erhobenen Daten verschiedenster Erkrankungen. Darunter auch Zahlen zur Morbidität und Mortalität. Seit 1993 ist die 10. Revision der ICD gültig (ICD-10), aktuell in der Version 2011 [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 45]. Mehr als 100 Länder nutzen das ICD-System, weshalb es in 43 Sprachen übersetzt wurde. Für 2017 ist eine 11. Revision (ICD-11) angekündigt [vgl. WHO 2014].

In Deutschland wurde die ICD-10 1995 eingeführt. Erst seit 2004 sind Vertragsärzte und Krankenhäuser dazu verpflichtet, alle Diagnosen auf Abrechnungsunterlagen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der deutschen Ausgabe der ICD-10, zu kodieren. Die ICD-10 enthält 21 Klassen von Krankheiten und Todesursachen, die mittels

Kombinationen von Buchstaben und Zahlen verschlüsselt werden. Die Klassifikation der Onkologie und Hämatologie liegt zwischen C00 und D90 [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 45].

Mit dem ICD-System wurde es vereinfacht internationale Studien durchzuführen. Einheitliche Buchstaben und Zahlenkombinationen erleichtern die Entschlüsselungen von Krankheiten. Das Prostata-Ca hat die Kombination C61 [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 46]. So steht z.B. auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Max Mustermann, in dem Feld für die Diagnose, "C61" und nicht "Prostata-Ca".

2.2 Tumorklassifikation und TNM-System

Mit Tumorklassifikationen lassen sich Tumorstadien besser einteilen. Ziel ist es, definierte, abgrenzbare Gruppen mit diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Relevanz zu schaffen. Solide Tumoren sind international mit dem TNM-System klassifiziert. Dieses System erleichtert die Stadieneinteilung und Verlaufsdokumentation der Tumoren. Das TNM-System basiert auf der graduierten Wiedergabe von Tumorgröße (T), Lymphknotenbefall (N), und Fernmetastasierung (M). Für hämatologische Neoplasien gelten andere Ordnungssysteme, da das TNM-System ausschließlich für solide Tumoren geeignet ist [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 48].

Um die Einteilung der TNM-Klassifikation zu verdeutlichen, wird diese in Abbildung 5 grob dargestellt. Dies erleichtert die Arbeit der Ärzte erheblich, da sie auf den ersten Blick erkennen können, wenn z.B. in einer Patientenakte die verschlüsselten Kombinationen enthalten sind und nicht erst eine Seite Text gelesen werden muss. Nicht nur die Ärzte, die direkt mit dem Patient arbeiten, ziehen einen Vorteil aus dem TNM-System. Vor allem steht der internationale Aspekt im Vordergrund. Weltweite Statistiken sind auf ein einheitliches System angewiesen.

Parameter	Einteilung	Allgemeine Definition
Tumorgroße	TX	Primärtumor nicht beurteilbar
	T0	Kein Anhalt für Primärtumor
	Tis	In-situ-Karzinom (mikroskopischer Nachweis)
	T1-4	Zunehmende Größe/lokale Ausbreitung des Primärtumors
Lymphknotenbefall	NX	Regionale Lymphknoten nicht beurteilbar
	N0	Kein Anhalt für regionalen Lymphknotenbefall
	N1-3	Zunehmender Befall regionaler Lymphknoten
	Nachweis	S Sentinel-Lymphknoten, i isolierte Tumorzellen, mol molekulargenetische Untersuchung
Fernmetastasierung	M0	Kein Anhalt für Fernmetastasierung
	M1	Nachgewiesene Fernmetastasierung
	Organbefall	ADR Nebenniere, BRA Gehirn, HEP Leber, LYM Lymphknoten, MAR Knochenmark, OSS Skelettsystem, PER Peritoneum, PLE Pleura, PN Perineurale Invasion, PUL Lunge, SKI Haut, OTH andere Organe

Abbildung 5: Grobe Grundlagen der TNM-Klassifikation 1992, modifiziert 2010
[Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 48]

Es gibt noch weitere Einteilungsstufen in dem TNM-System, in denen unter anderem das Resektionsstadium oder die Diagnosesicherheit ebenfalls mit Buchstaben- und Zahlenkombinationen verschlüsselt werden.

Viele Zahlen und Statistiken haben nun einen groben Überblick über Tumorerkrankungen und ihre Folgen gegeben. Auffallend hierbei sind die Tumorerkrankungen in den westlichen Industrieländern wie Deutschland, die durch opulente Lebensgewohnheiten begünstigt werden. Dazu zählen z.B. Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht, geringe körperliche Aktivität. Das deutsche Gesundheitssystem bietet Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten auf höchstem Niveau. Trotzdem unterliegt der Mensch häufig im Kampf gegen den Krebs.

3 Krebsprävention und Aufklärung

Die Krebsprävention und Aufklärung hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht. Die heutige Generation interessiert sich vermehrt für ihre Gesundheit. Sei es durch schlechte Erfahrungen bei Angehörigen und Freunden, die an Krebs erkrankt sind, oder durch die Aufklärung die einen hohen Stellenwert einnimmt, sowohl durch Ärzte, Krankenkassen, Apotheker als auch durch die Medien, die stetig präsent sind. Immer wieder werden die Mitglieder von ihrer Krankenkasse dazu aufgefordert, zur Vorsorge zu gehen. Häufig wird dies von Krankenkassen mittels Geld- und Sachprämien belohnt. Die Präventionsprogramme der verschiedenen Krankenkassen sind weitestgehend identisch. So werden die Kosten für eine routinemäßige Prostatauntersuchung bei Männern ab dem 45. Lebensjahr übernommen.

3.1 Was versteht man unter Prävention und Aufklärung

Prävention:

Schon im 19. Jahrhundert entstand der Begriff der Krankheitsprävention, kurz Prävention, aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Ziel war es das Auftreten von Krankheiten mittels Vorbeugung, Vorsorge und Prophylaxe zu vermeiden. Auslösende Faktoren für Krankheiten, sollten ausgelöscht werden [vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 13]. Heutzutage haben sich die Ziele bei der Prävention nicht verändert. Sie soll den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten bzw. verbessern und Gesundheitsrisiken senken. Lediglich die Art und Weise bzw. Methoden der Prävention und die Krankheiten haben sich verändert. Prävention soll eine langfristige Maßnahme sein, um nachhaltig die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung zu verbessern.

Gerald Caplan unterschied im Jahr 1964 drei Formen der Prävention und nahm die bis heute bekannteste Einteilung vor:

- **Primärprävention:** Zielgruppe sind "Gesunde", Krankheitsverhütung, Vermeidung und Reduktion von Risikofaktoren
- **Sekundärprävention:** Krankheitsfrüherkennung um Behandlungschancen zu erhöhen

- Tertiärprävention: Verhinderung und Beseitigung von Folgeschäden [vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 26]

Auf die Tertiärprävention wird nun näher eingegangen, da diese bei schon an Krebs erkrankten Personen die größte Rolle spielt. Es soll ein Wiederauftreten der Krebserkrankung vermieden werden bzw. früh erkannt werden. Außerdem sind Patienten mit hohem Risiko für eine weitere Erkrankung, die in Zusammenhang mit der Krebserkrankung steht, die Zielgruppe für die Tertiärprävention [Alberts/Hess 2014, 6-7]. Bewegung und körperliche Aktivität stellen einen bedeutenden Anteil an der Primärprävention dar. Zahlreiche Studien belegen, dass es in der Tertiärprävention auch sinnvoll ist sich zu bewegen. Es wird nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die körperliche Kraft gestärkt, um die Erkrankung zu meistern. Abhängig vom derzeitigen Allgemeinzustand, wird es den Patienten empfohlen 30-40 Minuten täglich körperlich aktiv zu sein [vgl. Baumann/Jäger/Bloch 2012, 56-64]. Die folgende Abbildung 6 soll darstellen, welche Effekte körperliche Aktivität auf den einzelnen Patient haben kann.

Physische Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte kardiorespiratorische und muskuläre Fitness • Verbesserte Körperzusammensetzung • Gestärktes Immunsystem • Verringerter körperlicher Abbau • Gestärkte kardiovaskuläre Funktion • Höhere Lebensqualität • Verbesserte Prognose hinsichtlich des Wiederauftretens der Tumorerkrankung und einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit • Veränderung verschiedener biologischer Parameter (z.B. Hormone, und Immunparameter)
Psychische Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Gesteigertes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden • Geringe Fatigue • Bessere Schlafqualität • Weniger Depressionen • Höhere Lebensqualität
Andere Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Therapie-Compliance • Niedrige Dosierung von Krebstherapeutika • Langfristige Reduzierung anderer bewegungsassoziierter Krankheitsrisiken

Abbildung 6: Belegte und/oder diskutierte Effekte von körperlicher Aktivität im Verlauf und nach einer Krebserkrankung [Baumann/Jäger/Bloch 2012, 58]

Aufklärung:

Die Zeiten, in denen Patienten ausschließlich von ihrem Arzt oder Apotheker aufgeklärt wurden, sind längst vorbei. Das Internet bietet eine riesige Plattform, bei der Informationen und somit Aufklärung schnell, verständlich und einfach zugänglich sind. Informationen können verglichen und beurteilt werden. Das medizinische Verständnis ist dadurch heute viel größer, als in den Generationen zuvor. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist eine weitere Plattform um sich aufklären zu lassen. Bei diesen Beratungsstellen, die es ca. 26 mal in Deutschland gibt, erhält der Patient kostenlos nicht nur Antworten auf medizinische Fragen, sondern auch über Medikamente, gesundheitsrechtliche Belange und die Gesundheitsversorgung in der Umgebung [vgl. Marstedt 2007].

3.2 Aufklärungskampagne

Die demographische Entwicklung ist im Gesundheitswesen stets präsent. Im Hinblick darauf, verfolgen Aufklärungskampagnen verschiedene Ziele:

- Erhöhung der Teilnahme an wirkungsvollen, qualitätsgesicherten Präventionsangeboten
- Verbesserung der persönlichen Gesundheitseinstellung
- Übernahme von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit
- Erhöhung des Images der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens [vgl. Hoffmann/Müller 2010, 185]

Beispielsweise hat die WHO am 31.05.1987 zum ersten Mal den Weltnichtrauchertag ins Leben gerufen. Jedes Jahr an diesem Tag wird unter einem neuen Motto über die Gefahren, die das Rauchen mit sich bringt, aufgeklärt. So will die WHO darauf aufmerksam machen, wie schädlich der Tabakkonsum für die Menschen ist und davor warnen [vgl. WHO 2003].

Für viele Krankheiten gibt es unterschiedliche Aufklärungskampagnen. Von der Deutschen Krebshilfe e.V. gibt es unter anderem spezielle Kampagnen, die ebenfalls die Raucherentwöhnung unterstützen sollen, da Tabakkonsum eine der Hauptursachen für Krebserkrankungen verschiedenster Art ist. Ziel der Kampagne ist es, möglichst viele

Raucher dazu zu ermutigen, mit dem Rauchen aufzuhören und junge Leute davon abzuhalten [vgl. Deutsche Krebshilfe e.V. 2013].



Abbildung 7: Rauchfrei
Siegel
[Deutsche Krebshilfe e.V.
2013]

In Deutschland gibt es noch immer viele Film- und Fernsehproduktionen, in denen geraucht wird oder, obwohl gesetzlich verboten, Schleichwerbung für Zigaretten vorkommt. Seit 2003 werden nun Film- und Fernsehproduktionen mit dem Rauchfrei Siegel ausgezeichnet, die bewusst auf rauchende Charaktere verzichten. Die bereits ausgezeichneten Sendungen sind häufig tägliche Soaps und Telenovelas, deren Zielgruppe jugendliche darstellen [vgl. Deutsche Krebshilfe e.V. 2013].

Durch solche Aufklärungskampagnen wird man immer wieder daran erinnert, etwas für seine Gesundheit zu tun und zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Gerne werden die Gedanken, gerade was Vorsorgeuntersuchungen angeht, verdrängt, da diese Untersuchungen meist unangenehm sind. Aber durch die Kampagnen, sei es von der WHO, der Deutschen Krebshilfe oder der eigenen Krankenkasse, ist das Thema ständig präsent und wird in den Alltag aufgenommen.

3.2.1 Integrierte Kommunikation

Die integrierte Kommunikation umfasst die strategische und zielgerichtete Kommunikation. Bestandteile sind die Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und die Kontrolle. Hinzu kommt, dass diese fünf Punkte inhaltlich, formal und zeitlich aufeinander abgestimmt sein müssen, um eine Wirkungsoptimierung und eine Kostensenkung zu erzielen. Folgende Abbildung 8 gibt eine Übersicht, die das Zusammenspiel der integrierten Kommunikation, darstellt.

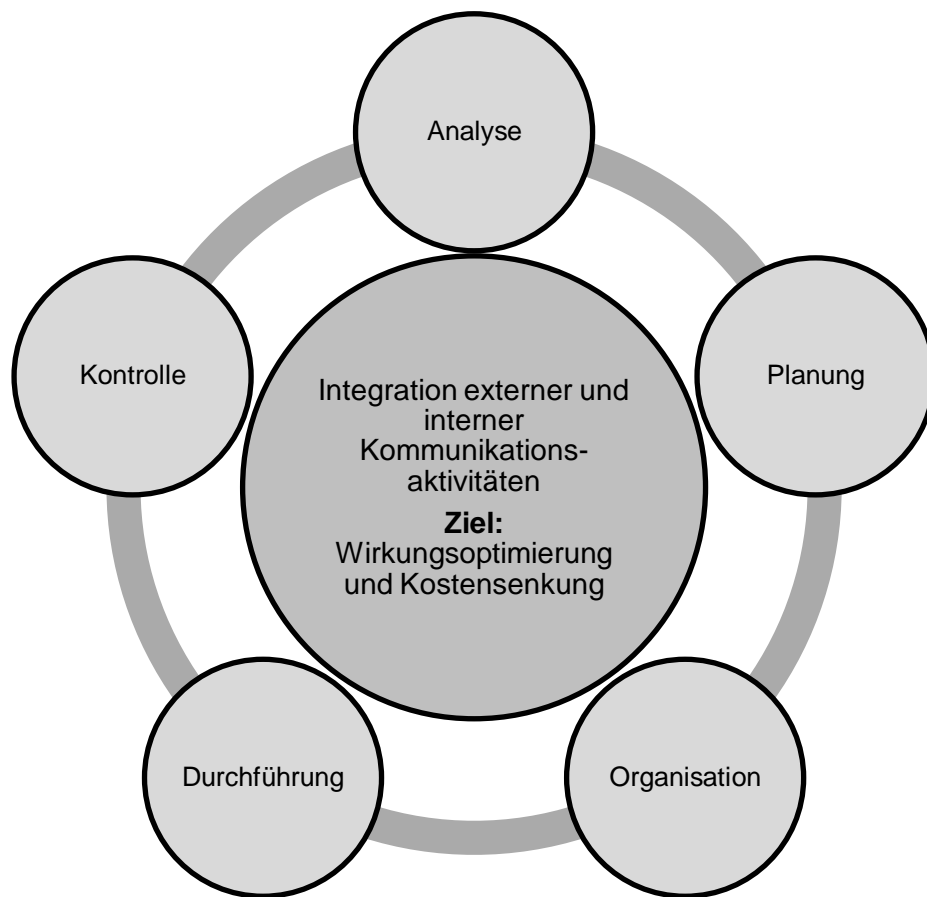


Abbildung 8: Modell Integrierte Kommunikation
[Integrierte Kommunikation]

Oft gibt es Probleme beim integrierten Marketing. Grund hierfür können hoher Koordinationsaufwand, schwierige Erfolgskontrolle, fehlende Zielformulierungen und das fehlen klarer Entscheidungs- und Abstimmungsregeln sein. Um den Ablauf zu optimieren, sollte es einen zuständigen Kommunikationsmanager geben, der die Schritte koordiniert und dirigiert [vgl. Schwarz/Braun 2008, 10-11].

Die Anforderungen für eine integrierte Kommunikation sind umfangreich. Zu Beginn muss eine organisatorische Verankerung durch eine verantwortliche Stelle vorhanden sein, um die Koordination und Integration aller Kommunikationsinstrumente und -maßnahmen zu gewährleisten. Desweiteren müssen Zuständigkeiten, Weisungs- und Entscheidungskompetenzen auf der Planungs- und Ausführungsebene klar definiert sein. Ein weiterer Punkt ist es, die Abstimmungsprozesse zwischen unterschiedlichen Kommunikationsfachabteilungen zu optimieren, sodass die Koordination und Kooperation aller Beteiligten erleichtert wird. Wenn es Konfliktfälle gibt, welche z.B. Ressourcen- und Machtfragen betreffen, sollte es klare Regelungen geben. Als letzten Punkt ist es sinnvoll, die Teamorientierung und Motivation zu fördern. Diese Punkte sind abhän-

gig von z.B. der Größe eines Unternehmens, bzw. einer Organisation, die Art der Zusammenarbeit zwischen Marketing und Vertrieb und des Umfangs eines Produkts- bzw. Leistungsprogramms [vgl. Bruhn 2005, 161-162].

Definition der Kommunikationsplanung: "Kommunikationsplanung ist ein systematisch-methodischer sowie integrativ ausgerichteter Prozess der Erkenntnis und Lösung kommunikationspolitischer Problemstellungen." [Bruhn 2009, 165]

Um eine erfolgreiche Kommunikationsplanung zu gewährleisten, sollten folgende Charakterisierungen beachtet und umgesetzt werden.

- Prozessbezogenheit: dynamischer Prozess mit mehreren Phasen
- Rationalität: systematische, methodisch-fundierte Vorgehensweise
- Zukunftsbezogenheit: auf Prognosen angewiesen, meist unvollkommene Informationen
- Zielbezogenheit: Kommunikationsziele verfolgen, übergeordnete Ziele wie z.B. Unternehmens- und Markenkommunikation sind vollständig erfasst [vgl. Bruhn 2009, 165]

Zusammenfassend kann man zur integrierten Kommunikation sagen, dass sowohl die Planungsphase als auch die Durchführung mit den inhaltlichen, organisatorischen und personellen Maßnahmen sicherzustellen sind. In der Kontrollphase wird die Effizienz der Kommunikation nachgewiesen um ggf. zukünftige Planungsperioden zu optimieren. Für Kliniken bzw. Praxen, die neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten anbieten, sind solche Marketingmaßnahmen mittlerweile unerlässlich. Die Konkurrenz ist da, doch jeder will von sich überzeugen. Deshalb muss das Produkt bzw. die medizinische Dienstleistung professionell an den Kunden, in dem Fall den Patienten, gebracht werden.

3.2.2 Crossmedia

Eine klare, einheitliche Definition für Crossmedia gibt es nicht. Dies liegt unter anderem daran, dass der Begriff oft in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet wird. Crossmedia beinhaltet die Verknüpfung unterschiedlicher Mediagattungen mit ihren spezifischen Selektionsmöglichkeiten und Darstellungsformen auf unterschiedlichen Angebots- und Produktionsebenen mit unterschiedlichen Funktionen für Anbieter und Publikum. Zum einen werden Inhalt und Verweise, zum anderen werden Publikum und

Anbieter unterteilt. Durch diese Unterteilung entsteht die sogenannte MOPS-Matrix. Bei der MOPS-Matrix, wie in Abbildung 9 dargestellt, werden Crossmedia-Funktionen in **M**ehrwert, **O**rientierung, **P**romotion und **S**ynergieeffekte differenziert.

MOPS-Matrix	Inhalt	Verweise
Publikum	Mehrwert: <ul style="list-style-type: none"> • erweiterte Nutzungsmöglichkeiten von Inhalten • Komplementäre Gratifikationen durch medienadäquate Inhalte 	Orientierung: <ul style="list-style-type: none"> • Verweise auf andere Medienangebote mit Themen-, Programm- oder Genre-Anbindung
Anbieter	Synergieeffekte: <ul style="list-style-type: none"> • Mehrfachverwertung von Inhalten und von Ressourcen auf allen Produktionsstufen 	Promotion: <ul style="list-style-type: none"> • Verweise auf andere Medienangebote

Abbildung 9: MOPS-Matrix der Crossmedia-Funktionen
[Bruhn 2005, 518]

Für das Publikum ergibt sich ein Mehrwert durch die erweiterten Nutzungsmöglichkeiten der Inhalte und durch zusätzliche Anreize wie z.B. Gewinnspiele zu einer TV-Sendung im Internet. Zusätzlich erleichtert die crossmediale Vernetzung die Orientierung zu anderen Medienangeboten. Für den Medienanbieter ergeben sich Synergieeffekte, wie z.B. Kostenersparnisse, durch die Mehrfachverwertung von Inhalten und Ressourcen auf allen Produktionsstufen, beispielsweise weitere Angebote zu einer TV-Sendung im Internet. Desweiteren kann der Anbieter auf weitere bzw. ähnliche Inhalte in anderen Medien verweisen. Internet ist hierfür ein beliebtes Medium, um weitere Trailer oder Sendungsangebote anzupreisen [vgl. Bruhn 2005, 517].

Für Kliniken und Praxen wird Marketing immer wichtiger um im Wettbewerb bestehen zu können. Die Zeiten, in denen man in die nächst beste Klinik gegangen ist, sind längst vorbei. Deshalb ist es wichtig aus dem Ozean der Werbebotschaften heraus zu stechen. Crossmedia kann dabei helfen. Der Wiedererkennungseffekt wird besonders bei mehreren Ansprachekanälen gesteigert. Der Kunde setzt sich automatisch mit der Werbebotschaft auseinander und wird so aktiviert [vgl. Schwarz/Braun 2006, 161]. Durch die Vielfalt der Werbekanäle gibt es kostengünstige Plattformen, wie z.B. das Internet, die es den Kliniken, die meist wenig Werbebudget haben, ermöglicht auf sich aufmerksam zu machen.

3.2.3 Strategische Fragen

Wichtige Bausteine für eine integrierte Kommunikation stellen die Analyse der Kommunikationssituation, das Festlegen von Kommunikationszielen und Zielgruppen, sowie die Zuordnung von Kommunikationsinstrumenten dar. Um ein strategisches Konzept der integrierten Kommunikation zu erstellen, welches langfristig, glaubwürdig und synergetisch funktionieren soll, bedarf es einer Festlegung der zum Einsatz kommenden Kommunikationsinstrumente. Hierfür steht die Kommunikationsstrategie im Mittelpunkt. Ein gedankliches Konstrukt, das die Gesamtheit der Maßnahmen und die Ausrichtung dieser Maßnahmen wiedergibt, stellt den Rahmen des Planungsprozesses dar. Um eine Strategie der integrierten Kommunikation festzulegen, sind die folgenden drei Kernelemente wichtig.

Strategische Positionierung:

Die strategische Positionierung stellt das Soll-Bild dar, das eine Unternehmung von sich vermitteln will. Ziele werden definiert. Unabhängig von bestimmten Zielgruppen sollen relevante Eigenschaften der Positionierung für alle Zielgruppen auf einen Nenner gebracht werden.

Definition der kommunikativen Leitidee:

In den Kommunikationsbotschaften findet sich die strategische Positionierung. Hier wird eine Grundaussage vorgenommen, in der die Merkmale der Positionierung enthalten sind.

Spezifizierung der Leitinstrumente:

Funktionen und Aufgaben der einzelnen Kommunikationsinstrumente werden zugeordnet. Dazu ist es nötig, die Kommunikationsinstrumente für die Gesamtkommunikation zu analysieren. Durch diese Analyse werden Leitinstrumente identifiziert, die für das Erreichen der Ziele am wichtigsten sind [vgl. Bruhn 2005, 136-137].

Im medizinischen Bereich bedeutet dies, dass patientenorientiert gehandelt werden muss. Nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung muss berücksichtigt werden, sondern auch die Organisation der Dienstleistungen in Klinik und Praxis. Ziel aktueller Marketingstrategien ist es, Patientenorientierung als Aufgabe des patienten- und kundenorientierten Qualitätsmanagements zu etablieren. Erfolgsfaktoren eines strategischen Konzepts richten sich nach subjektiven und objektiven Wahrnehmungen. Patientenorientierung bezieht sich vor allem auf die Rolle des Patienten als Kunden bzw. Konsument medizinischer Leistungen. Da der Arzt durch seine medizinische Kompetenz

einen Wissensvorsprung gegenüber dem Patient hat, steuert er die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Politik und Krankenkassen steuern mittels gezielten Informationsangeboten wie beispielsweise im Internet zu finden sind dagegen, um einen kritischen, mitbestimmenden Patienten zu schaffen, der eine gewisse Marktsouveränität mit sich bringt [vgl. Harms/Gänshirt 2005, 155].

3.3 Arzt - Patienten Information

Das Internet als Informationsplattform, hat die Arzt - Patienten Beziehung enorm verändert. Informationen zur Krankheit und Therapie können einfach, schnell und verständlich über das World Wide Web abgerufen werden. Durch dieses zusätzliche Wissen, welches Patienten erwerben, ergibt sich eine Mitsprache, was Therapiemöglichkeiten angeht. Dadurch wird die Rolle des Arztes verändert. Die Aufgabe des Arztes ist es u.a., den Patienten aus der Hilfebedürftigkeit herauszuführen und dessen Eigenverantwortung zu aktivieren. Um eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung bei den Patienten zu fördern, ist es nötig, dass diese genug Selbstachtung und -vertrauen haben. Dies kann der Arzt bestärken, damit Patienten aktiv an der Therapie mitarbeiten. Der Informationsfluss spielt hierbei eine essentielle Rolle. Die Patienten müssen die Ausführungen des Arztes verstehen und die Wirkungen, Risiken und Folgen begreifen. Um die Verständlichkeit von Informationen zu gewährleisten, sollte eine

- laiengerechte Sprache und Wortwahl
- klarer Aufbau der Ausführungen bei komplexen Sachverhalten
- Ausrichtung auf ein Informationsziel

sowohl bei mündlichen, als auch bei schriftlichen Informationen, gegeben sein. Desweiteren müssen persönliche Informationsbedürfnisse des Patienten, z.B. Auswirkungen auf die Lebensqualität, Beschwerdefreiheit, Verbesserungen oder Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, berufliche und soziale Folgen, beantwortet werden [vgl. Kreyher 2001, 31-35].

3.4 Präventionsprogramme

Präventionsprogramme gehen in der Regel von Krankenkassen aus. Ziel der Krankenkassen ist es u.a., möglichst geringe Ausgaben für Krankenbehandlungen tragen zu

müssen. Diese Kosten können sie aber nur sparen, wenn ihre Kunden gesund sind und keine medizinische Hilfe benötigen. Mittlerweile nennen sich die Krankenkassen auch Gesundheitskassen, um den negativen "Kranken" Aspekt aus dem Namen zu entfernen. Um die Kunden gesund zu halten, bzw. Krankheiten frühzeitig zu erkennen, werden Präventionsprogramme angeboten. Dies beinhaltet nicht nur die Krebsprävention, sondern auch andere, wie z.B. Prävention für den Bewegungsapparat oder Herz-Kreislaufkrankungen. Oft werden die Kunden mittels Sach- und Geldprämien dazu angeregt an Präventionsprogrammen teilzunehmen. Eine Definition der Bonusprogramme lautet wie folgt. "GKV-Bonusprogramme sind langfristig angelegte Interventionen zur Prävention (Minderung gesundheitsschädigender Risikofaktoren) und Gesundheitsförderung (Stärkung gesundheitsfördernder Schutzfaktoren, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eingesetzt werden, um gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Kunden mithilfe von (materiellen) Anreizen (Boni) positiv zu beeinflussen bzw. zu bestätigen" [Scherenberg/Greiner 2008]. Die GKV-Bonusprogramme dienen nicht nur ausschließlich der Prävention, sondern sind auch im Bezug auf das Marketing hilfreich. Aufgrund des Anliegens der Förderung gesundheitlicher Verhaltensweisen und der Möglichkeit das Leistungsspektrum zu erweitern (ohne Beitragserhöhung), können Bonusprogramme marketingstrategisch sowohl im Bereich der Leistungs- als auch der Preispolitik angesiedelt werden [vgl. Hoffmann/Müller 2010, 260].

Dem gegenüber steht der Moral Hazard, das moralische Risiko. Damit ist das Verhalten der Kunden gemeint, die eine Versicherung abgeschlossen haben und dann ihr Verhalten dahingehend verändern, dass die Bereitschaft ein Risiko einzugehen, höher ist [vgl. Hoffmann/Müller 2010, 144]. Mittlerweile ist es nicht mehr so, dass die Krankenkasse alle anfallenden Kosten übernimmt. Beispielsweise im Bereich der Zahngesundheit. Der Patient muss einen Teil der anfallenden Kosten selbst tragen. Dies hatte zur Folge, dass die Prävention in der Zahngesundheit stark zugenommen hat, um möglichen Zahnproblemen vorzubeugen [vgl. Hoffmann/Müller 2010, 149].

Da sich die Programme innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen kaum unterscheiden, werden hier einige Präventionsprogramme zur Krebsvorsorge der AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen) genannt, da diese im gesamten die größte Krankenkasse Deutschlands darstellt. In der folgenden Abbildung 10 ist eine kurze Übersicht zu sehen, welche präventive Untersuchung, bei welchem Geschlecht, ab wann und wie oft bezahlt wird.

Frauen ♀	
ab 20. Lebensjahr	Jährlicher Anspruch auf Untersuchung der Geschlechtsorgane: Anamnese, Inspektion Muttermund, Abstrich Muttermund + Gebärmutterhals, Gynäkologische Tastuntersuchung
ab 30. Lebensjahr	Jährlicher Anspruch auf Untersuchung der Brust: Anamnese, Inspektion + Abtasten der Brust + Achselhöhle, Anleitung zur Selbstuntersuchung
ab 35. Lebensjahr	Alle zwei Jahre Anspruch auf Untersuchung der Haut: Befragung nach Hautveränderungen, Inspektion des gesamten Körpers
ab 50. Lebensjahr	Jährlicher Anspruch auf Untersuchung nach Darmkrebs: Beratung zur Früherkennung, Test auf verborgenes Blut im Stuhl
ab 50. - 69. Lebensjahr	Alle 2 Jahre Anspruch auf Mammographie-Screening
ab 55. Lebensjahr	Erweiterte Früherkennung von Darmkrebs: Beratung zur Früherkennung, Test auf verborgenes Blut im Stuhl (alle 2 Jahre) oder zwei Darmspiegelungen (im Abstand von 10 Jahren)
Männer ♂	
ab 35. Lebensjahr	Alle zwei Jahre Anspruch auf Untersuchung der Haut: Befragung nach Hautveränderungen, Inspektion des gesamten Körpers
ab 45. Lebensjahr	Jährlicher Anspruch auf Untersuchung der Geschlechtsorgane: Anamnese, Inspektion + Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane, Tastuntersuchung der Prostata, Abtasten der regionalen Lymphknoten
ab 50. Lebensjahr	Jährlicher Anspruch auf Untersuchung nach Darmkrebs: Beratung zur Früherkennung, Test auf verborgenes Blut im Stuhl
ab 55. Lebensjahr	Erweiterte Früherkennung von Darmkrebs: Beratung zur Früherkennung, Test auf verborgenes Blut im Stuhl (alle 2 Jahre) oder zwei Darmspiegelungen (im Abstand von 10 Jahren)

Abbildung 10: AOK Präventionsprogramme Krebs bei der Frau und bei dem Mann
[Präventionsprogramme AOK]

4 Lebensqualität für chronisch Kranke in der Onkologie

Lebensqualität (LQ) ist ein Begriff, der sehr unterschiedlich definiert werden kann. Er unterliegt dem menschlichen Urteilen, wie z.B. ein Mensch lebt dann gut, wenn er sich wohlfühlt. Die Standpunkte, welche ein gutes Leben bezeichnen sind sehr unterschiedlich [vgl. Welpé 2008, A516]. Hier wird ausschließlich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität eingegangen, andere Bereiche wie z.B. finanzielle Sicherheit, bleiben außen vor. Ziel der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Medizin ist es, positiv auf die Gesundheit der Patienten zu wirken. Dies beinhaltet sowohl die Anzahl der Lebensjahre, als auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes [vgl. Welpé 2008, A514]. Gesundheit wurde von der WHO wie folgt definiert: Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 64].

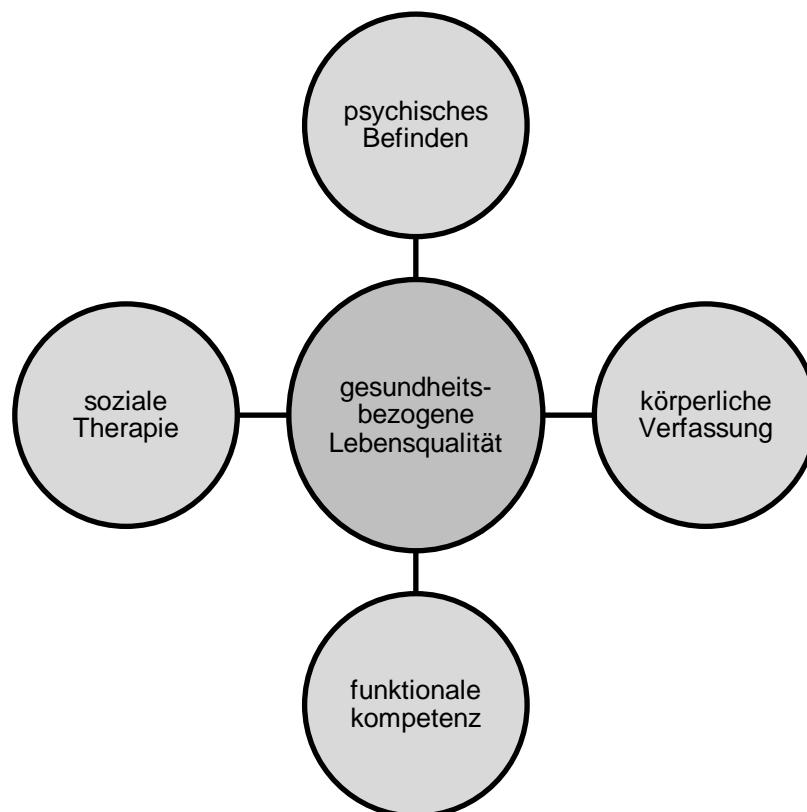


Abbildung 11: Dimensionen der Lebensqualität
[Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 64]

Die Lebensqualität wird oft im Zusammenhang mit Gesundheit genannt. Für viele Menschen wird die Gesundheit ein zunehmend wichtiger Teil ihres Lebens. Nicht umsonst wird bei einem Geburtstag, gerade im höheren Alter, viel Gesundheit gewünscht. Wie in der Abbildung 11 zu sehen, spielt nicht nur die physische, sondern auch die psychi-

sche Gesundheit eine große Rolle. Die körperliche Verfassung geht mit der funktionalen Kompetenz des Körpers einher. Dazu kommt das psychische Wohlbefinden, welches in engem Kontakt mit sozialen Kontakten in Zusammenhang steht. Alle vier Komponenten sind für die klassische gesundheitliche Lebensqualität essentiell.

4.1 Objektive Lebensqualität

Lebensqualität lässt sich messen. Fragebögen und gezielte Interviews machen dies möglich. Die EORTC Studygroup on Quality of Life ist eine Arbeitsgruppe der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), einer europäischen multinationalen Organisation zur Erforschung von Tumorleiden. Im Jahr 1986 hat diese Arbeitsgruppe einen validierten, internationalen Lebensqualitätsfragebogen entwickelt [vgl. Baumann/Jäger/Bloch 2012, 112]. Die LQ ist von der Bestimmung des Allgemeinzustandes (AZ) zu unterscheiden, da der AZ nur eine Komponente der LQ darstellt. Im Einzelfall kann ein schlechter AZ mit einer relativ guten LQ einhergehen und umgekehrt. Zu berücksichtigen sind psychische, soziale und funktionale Aspekte der LQ [vgl. Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 64-65]. Bei der objektiven LQ ist entscheidend, welche Fremdeinschätzung die Angehörigen, Freunde und das medizinische Personal haben. Bei der subjektiven LQ ist entscheidend, welche Einschätzung die betroffene Person selbst hat. Problematisch kann sein, wie z.B. ein Angehöriger von einer betroffenen Person, Lebensqualität für sich definiert. Die 13 Lebensbereiche nach Monika Krohwinkel, auch Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) genannt, im Leben eines Menschen sind an diesem Punkt zu beachten. Dazu gehören:

1. Kommunikation und Orientierung
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und Trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen, schlafen, entspannen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen [vgl. Hellmann 2006, 14-76]

Während für eine außenstehende Person bzw. einen Angehörigen LQ oft bedeutet, dass die betroffene Person sich noch selbst waschen, anziehen und alleine auf Toilette gehen kann, so kann das für die Person selbst ganz anders aussehen. Für die betroffene Person selbst ist vielleicht nur wichtig, alleine Essen zu können, abends ein Glas Wein zu trinken oder die Sexualität ausleben zu können. Daher ist Lebensqualität differenziert und individuell zu betrachten.

In der Onkologie bedeutet objektive LQ im Allgemeinen, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patient und seinen Angehörigen entscheidet, welche Therapie wirklich sinnvoll ist. Es muss gemeinsam entschieden werden, ob der Patient z.B. abhängig von seinem Allgemeinzustand überhaupt in der Lage ist, eine Operation oder eine Chemotherapie, durchführen zu lassen. Hier spielen Nebenerkrankungen und das individuelle Empfinden für LQ eine große Rolle.

4.2 Subjektive Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität beruht auf der Selbsteinschätzung des Patienten und kann sich außerdem stets durch ihre Dynamik wandeln. Die Anforderungen an die LQ haben sich mit den Jahrhunderten und Jahrzehnten verändert. Während man in früheren Zeiten schon regelmäßige Nahrungsaufnahme als LQ hätte bezeichnen können, so sind heute ganz andere Wertvorstellungen von LQ wichtig. Die modernen Aspekte der LQ bestehen z.B. aus:

- der Fähigkeit, ein normales Leben zu führen
- Glück bzw. Zufriedenheit
- Erreichen persönlicher Ziele, Selbstverwirklichung
- die Fähigkeit, ein sozial nützliches Leben zu führen
- körperlich und geistige Fähigkeiten nutzen zu können
- keine Schmerzen zu spüren, sowohl physisch als auch psychisch
- Unabhängigkeit anderen Personen gegenüber [vgl. King/Hinds 2001, 33]

Subjektive LQ bedeutet im onkologischen Bereich, dass der Patient aus seiner Sicht ein würdevolles Leben führen kann. Dies kann z.B. eine selbstständige Lebensführung bedeuten. Für manche Menschen ist es beispielsweise das Schlimmste, eine Narbe zu

haben, die Haare zu verlieren oder unter ständiger Übelkeit zu leiden. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, muss eine Behandlungsstrategie entwickelt werden. Das Individuum Mensch muss mit einbezogen werden. Es gibt Menschen, die lieber an ihrer Krebserkrankung sterben, als den Rest ihres Lebens einen künstlichen Darmausgang zu tragen. Oft ist das nicht für alle Beteiligten nachvollziehbar, muss aber trotzdem berücksichtigt werden. Im Vordergrund sollte immer die betroffene Person selbst stehen. Das persönliche Wohlbefinden steht bei der subjektiven Lebensqualität im Vordergrund.

5 Lebensqualität nach dem Krebs am Beispiel des Prostatakarzinoms

In Deutschland ist das Prostata-Ca die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Zu den Risikofaktoren zählen: das Alter, familiäre und ethnische Faktoren, genetische Faktoren, Lebensführung, Ernährung und vorangegangene Erkrankungen, wie z.B. Prostatitis [vgl. Sedlacek 2013, 695-697]. Bei regelmäßig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen kann das Prostata-Ca früh erkannt werden, was die Heilungschancen stark erhöht. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wirken sich auch auf die Lebensqualität danach aus. Soweit möglich, können abhängig vom Tumorstadium, Therapien gewählt werden, die z.B. auf die Kontinenz und Potenz keine bzw. kleine Auswirkungen haben. Ist das nicht möglich, so gibt es Möglichkeiten, um diesen Komplikationen entgegen zu wirken.

5.1 Definition Prostata und Prostatakarzinom

Die Prostata, die im deutschen auch Vorsteherdrüse genannt wird, gehört zu den männlichen Fortpflanzungsorganen. Sie ist etwa walnussgroß und umschließt unterhalb der Blase die Harnröhre. Die Tatsache, dass sie vor dem Mastdarm liegt, begünstigt die digitale rektale Tastuntersuchung. Bei einem 20-jährigen Mann wiegt sie ca. 20 Gramm. Das Organ besteht aus einer verzweigten, bäumchenartigen Drüse, die von Bindegewebe und Muskulatur durchsetzt ist und dadurch die Entleerung der Drüsenflüssigkeit ermöglicht. Diese Drüsenflüssigkeit dient als Transport- und Aktivierungsmittel für die Samenfäden. Bei der Ejakulation gelangen gespeicherte Samenfäden mit der Drüsenflüssigkeit in die Harnröhre und werden Richtung Penis geschleudert. Da diese Flüssigkeit alkalisch ist, neutralisiert sie das saure, spermienfeindliche Milieu in der Scheide. Nur so können die Spermien zur Eizelle gelangen.

Die Prostata wird in verschiedene Zonen eingeteilt. Die Unterscheidung zwischen der äußeren und inneren Zone ist am wichtigsten, da die meisten Karzinome in der äußeren Zone entstehen. Darüber hinaus produziert die Prostata ein spezifisches Antigen (PSA), welches den Samen verflüssigt. Die Bestimmung des PSA-Wertes im Blut hat sich in der Früherkennung von Prostatakarzinomen etabliert. In der Abbildung 12 ist zur Übersicht die Prostata und ihre umliegenden Organe sehr gut zu erkennen [vgl. Deutsche Krebshilfe e.V. 02/2013, 7-8].

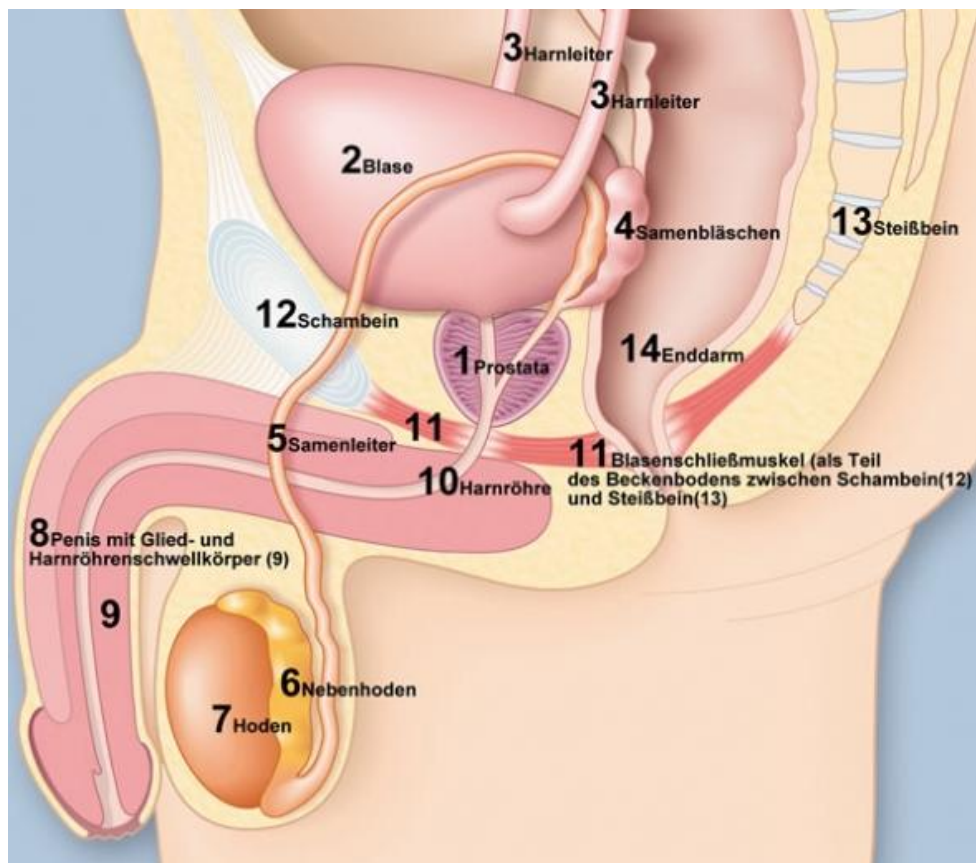


Abbildung 12: Urogenitaltrakt des Mannes
[Urogenitaltrakt des Mannes]

Ein Prostatakarzinom ist eine bösartige Wucherung der Prostatazellen, die meist in der äußeren Zone der Prostata entsteht. Die genauen Ursachen für die Entstehung des Prostata-Ca kann man, wie bei fast allen Krebsarten nur erahnen. Natürlich gibt es nachweisbare Dispositionen, jedoch kommt es auch vor, dass Menschen, die ihr ganzes Leben in einer gesunden Umgebung gelebt haben, regelmäßig Sport getrieben haben, sich gesund ernährt haben und keine Krebserkrankungen in der Familie bekannt sind, an einem Prostata-Ca erkranken. Zunächst ähneln die Symptome des Prostata-Ca denen der benignen Prostatahyperplasie (BPH), einer gutartigen Prostatavergrößerung. Nykturie und Harnverhalt stellen hier die häufigsten Symptome dar. Treten diese auf, so sollten diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden.

Das Prostata-Ca wächst meist sehr langsam, zunächst nur innerhalb der Prostatakapsel. Wenn es diese Kapsel durchbricht, wandert das Karzinom entlang der Gefäße und Nerven in Nachbarorgane wie z.B. Samenblase, Harnblase, Mastdarm und/oder das Becken. Ist das der Fall, so wird es bereits lokal fortgeschrittenes Prostata-Ca genannt. Metastasen verbreiten sich zunächst lymphogen und hämatogen. Bei der lymphogenen Metastasierung sind vor allem regionale Lymphknoten betroffen. Die hämatogene

Metastasierung betrifft weniger die inneren Organe, vielmehr wird das Skelett, anfangs insbesondere die Lendenwirbelkörper, Oberschenkelknochen und Beckenknochen, angegriffen [vgl. Sökeland/Weiß 2011]. Um solche Skelettmastasen festzustellen, wird ein sogenanntes Knochenszintigramm durchgeführt, bei dem man erkennen kann, an welchen Stellen ein erhöhter Knochenstoffwechsel stattfindet. Eine Metastase kann dafür ursächlich sein. Die Lymphknotenmetastasen können in der Regel, wenn sie oberflächlich auftreten, ertastet werden. Ansonsten sind sie nur über Bildgebende Verfahren wie z.B. einer Sonographie oder Computertomographie (CT) erkennbar.

5.2 Diagnostik

Das Frühstadium des Prostata-Ca zeigt vorerst keine Symptome. In diesem Stadium wird es in der Regel durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen entdeckt. Wenn das Karzinom gewachsen ist, kann es folgende Symptome hervorrufen:

- Harnverhalt, Flankenschmerzen: durch Kompression der Harnröhre, retroperitoneale Metastasen und Ureterinfiltration
- Inkontinenz, Impotenz: durch Infiltration des Harnblasen-Schließmuskels und/oder des Nervus cavernosus
- Knochenschmerzen, Kompressionssymptome in der Wirbelsäule: durch Knochenmetastasen [vgl. Sedlacek 2013, 703]

Bei der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchung werden die Kosten ab dem 45. Lebensjahr von der GKV getragen. Eine Anamnese und eine digitale rektale Untersuchung der Prostata werden vorgenommen. Ziel dabei ist es, die Größe, die Konsistenz, Druckschmerzen und eventuelle Fluktuationen, wie z.B. Zysten und Abszesse, zu beurteilen. Bei Unregelmäßigkeiten wird eine sonographische Untersuchung durchgeführt. Die Sonographie wird sowohl transrektal als auch suprapubisch durchgeführt. Zusätzlich gibt es einen Tumormarker, der auf ein Prostata-Ca hinweisen kann. Dieses Prostata-spezifische Antigen (PSA) ist aussagekräftig für ein mögliches Karzinom. Auch bei einer benignen Prostatahyperplasie (BPH) kann der PSA-Wert im Blut leicht erhöht sein. Um sicherzustellen, ob ein Karzinom vorliegt, wird eine Prostatastanzbiopsie durchgeführt. Unter sonographischer Kontrolle werden entweder transrektal oder transperineal zwischen 6 und 24 Stanzbiopsien gewonnen, die danach histologisch nach Tumorzell-

len untersucht werden [vgl. Sedlacek 2013, 704]. Die entnommenen Gewebeproben sollen Auskunft über die Lokalisation und Bösartigkeit des Tumors geben. Je nach Stadium des Prostata-Ca kann nun die entsprechende Therapie geplant werden. In der Regel kann man das Prostata-Ca nach einer Stanzbiopsie bzw. nach einer Tumorektomie wie folgt in das TNM-System einteilen:

T Primärtumor

- TX Primärtumor nicht beurteilbar
- T0 kein Primärtumor nachweisbar
- T1 Tumor ist klinisch inapparent, nicht darstellbar in bildgebenden Verfahren
 - a histologischer Zufallsbefund mit Befall $\leq 5\%$ des Resektats
 - b histologischer Zufallsbefund mit Befall $> 5\%$ des Resektats
 - c Tumor nach Feinnadelpunktion identifiziert (z.B. bei PSA)
- T2 Tumor auf Prostata (einschließlich auf Parenchym und Kapsel) beschränkt
 - a Tumor betrifft maximal die Hälfte eines Lappens
 - b Tumor betrifft mehr als die Hälfte eines Lappens
 - c Tumor in beiden Lappen
- T3 Tumor überschreitet die Prostatakapsel
 - a uni- oder bilaterales Wachstum einschließlich mikroskopisch nachweisbarer Infiltration des Blasenhalses
 - b Befall der Samenblase(n)
- T4 Tumor ist fixiert oder infiltriert benachbarte Strukturen (außer Samenblasen):
Blasen Hals, Sphincter externus, Levator-Muskulatur, Beckenwand

N Lymphknotenbefall

- NX regionäre Lymphknoten nicht beurteilbar
- N0 keine regionären Lymphknotenmetastasen
- N1 regionäre Lymphknotenmetastasen

M Fernmetastasen

- M0 keine Fernmetastasen
- M1 Fernmetastasen
 - a Lymphknotenbefall über regionäre Lymphknoten hinaus
 - b Knochenmetastasen
 - c andere Fernmetastasen [Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 945]

Darüber hinaus hat der amerikanische Pathologe Donald F. Gleason in den siebziger Jahren ein System entwickelt, in dem Unterscheidungs- und Wachstumsmuster eines

Prostata-Ca beurteilt werden können. Dieses System wird Gleason-Scor genannt. Hier wird der Differenzierungsgrad des Tumorgewebes zu normalem Gewebe unterschieden. Insgesamt gibt es fünf Stufen. Je niedriger die Stufe, desto mehr ähnelt das Gewebe dem normalen Prostatagewebe. Um den Gleason-Scor zu ermitteln, werden die Punktzahlen der am häufigsten und am zweithäufigsten vorkommenden Zellen zusammengerechnet [vgl. Deutsche Krebshilfe e.V. 02/2013, 35-36].

Grad	Gleason	Differenzierung
GX		Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden
G1	2-4	gut differenziert, leichte Anaplasie
G2	5-7a	mäßig differenziert, mäßige Anaplasie
G3-4	7b-10	gering differenziert/undifferenziert, ausgeprägte Anaplasie

Abbildung 13: Differenzierungsgrad und Gleason-Score
[Berger/Engelhardt/Mertelsmann 2014, 945]

5.3 Therapie

Das Prostata-Ca ist ein Tumor, der sich sehr gut therapieren lässt. Wenn es früh erkannt wird und sich noch keine Metastasen gebildet haben, sind die Heilungschancen sehr hoch. Verschiedene Behandlungsmethoden können einzeln oder auch parallel durchgeführt werden. Im Fokus steht als erstes, das Karzinom zu entfernen, sofern es in einem Stadium ist, in dem es sich entfernen lässt. Deshalb spielt die chirurgische Therapie eine essentielle Rolle. Sie beinhaltet:

Resektion des Prostata-Ca mit verschiedenen Methoden:

- retropubische radikale Prostatektomie mit Nervenschonung
- laparoskopische radikale Prostatektomie (mit Da Vinci Roboter)
- perianale radikale Prostatektomie
- ggf. mit Lymphknotenentfernung
- ggf. Orchiektomie zur Reduktion der Testosteronproduktion

Radiotherapie:

- perkutane Radiotherapie
- Brachytherapie: Seeds Implantation

Hormontherapie (Hemmung der Bildung und/oder der Wirkung von Testosteron):

- beidseitige Orchiektomie
- Verabreichung von Östrogenen
- Verabreichung von steroidal und nicht steroidal Antiandrogene (blockieren die Bindung von Testosteron an den Androgenrezeptor)

Chemotherapie:

- bei Hormonresistenter Prostatakarzinomen
- verschiedene Zytostatika sind möglich [vgl. Sedlacek 2013, 704-705]

Wenn nach Operation, Bestrahlung und Hormontherapie ein Rezidiv entsteht, so kommt die sogenannte Salvage Therapie zum Einsatz. Es werden nun Therapien durchgeführt, die sonst in der Regel bei einer BPH vorgenommen werden. Darunter die HIFU (hochintensiv fokussierter Ultraschall), die allerdings auch bei einem bisher unbehandelten Prostata-Ca eingesetzt werden kann und die TURP (Transurethrale Resektion der Prostata). Bei der HIFU wird mithilfe von Ultraschallwellen thermische Energie gebündelt, um die Tumorzellen mit rund 90 Grad Celsius zu zerstören [vgl. UniversitätsKlinikum Heidelberg: Mit Ultraschall gegen Prostatakrebs].

Je nach Therapie gibt es Vor- und Nachteile. Während beispielsweise bei der gewöhnlichen retropubischen radikalen Prostatektomie die Möglichkeit besteht, großzügig Lymphknoten zu entfernen, besteht die Gefahr, dass Nerven und der Schließmuskel beschädigt werden können. Das Ergebnis ist Impotenz und Inkontinenz. Natürlich kann das bei der Da Vinci Methode (Robotersystem für laparoskopische Operationstechnik) auch passieren, allerdings in kleinerer Zahl. Bei der Seeds-Implantation (kleine radioaktive Teilchen werden über Nadeln in die Prostata eingebracht) ist der Nachteil, dass man selbst und die Menschen in der Umgebung permanent Strahlen ausgesetzt ist. Für den gesunden Menschen und vor allem für Kinder und Schwangere ist das sehr bedenklich. Je nach Therapieentscheidung wirkt sich das auf die Lebensqualität aus.

5.4 Klinikversorgung

Im Hinblick auf die Lebensqualität, ist die Wahl der Klinik und deren Möglichkeiten mit entscheidend. Einerseits ist es von Vorteil, wenn die ausgewählte Klinik ein Haus der Maximalversorgung ist, denn dann ist von geübten und professionellen Therapeuten auszugehen. Andererseits sollte die Klinik auch in Wohnortnähe liegen. Wenn die Klinik mehrere Fahrtstunden von zu Hause entfernt ist, so stellt das eine enorme Belastung für den Patienten und seine Angehörigen dar. Natürlich wünscht sich jeder Patient die bestmögliche Klinik, allerdings sollte nicht außeracht gelassen werden, dass die Nähe zu den Angehörigen sehr viel wert ist, da diese den Patienten während seiner Erkrankung psychischen Beistand geben können. Positiv zureden und einfach nur da sein, um den Patienten bei seinem Kampf gegen den Krebs zu unterstützen. Essentiell wichtig ist auch das Vertrauensverhältnis zwischen den behandelnden Ärzten, den weiteren Akteuren in der Klinik und dem Patienten. Der Patient muss sich gut aufgehoben und wohlfühlen. Eine positive Einstellung zur Therapie und deren Ergebnis ist notwendig.

Je nach Persönlichkeit, sind die Rahmenbedingungen in einer Klinik wichtig. Nicht nur die Qualität der Ärzte ist bei der Klinikauswahl entscheidend, sondern auch gewisse luxuriöse Ansprüche. Dazu können zählen:

- Krankenzimmer: Einzel-, Zweibett- oder Mehrbettzimmer
- Essen: Geschmack und Qualität des sogenannten Krankenhausessens
- Bad- und Toilettensituation: Im Zimmer oder gemeinschaftlich auf dem Flur
- Betten: Elektrisch oder manuell verstellbar
- Unterhaltungsmedien: Fernsehen, Internet
- Klimaanlage
- Möglichkeit eine Begleitperson mitzunehmen
- Wartezeiten

Solche Kleinigkeiten können über das Empfinden von Lebensqualität für den Patienten, vor, während oder nach einer Behandlung, entscheidend sein. Über die Qualität einer Klinik informieren sich die Patienten meist über das Internet und/oder bei Freunden, Verwandten und Bekannten. Auf persönliche Empfehlungen sollte man sich aber auch nicht zu sehr verlassen, da die Wahrnehmung eines jeden, sehr unterschiedlich sein kann.

5.5 Klinikangebote für Selbstzahler

Zunächst ist der Begriff des Selbstzahlers näher zu erläutern. Selbstzahler sind nicht gleich zu setzen mit privat versicherten Patienten. In gewisser Weise ist der Privatpatient ein Selbstzahler, da er die Rechnung des Arztes bezahlt. In der Regel bekommt er die Kosten von seiner privaten Krankenversicherung rückerstattet, sofern die erbrachten Leistungen im Leistungskatalog aufgeführt sind. Ist dies nicht der Fall, so gilt er als Selbstzahler. Gesetzlich versicherte Personen können genauso Leistungen in Anspruch nehmen, die sie selbst bezahlen, da sie nicht im Leistungskatalog ihrer Krankenkasse enthalten sind. Die klassischen Selbstzahler sind Personen die nicht krankenversichert sind. In Deutschland ist das sehr selten, da eine Versicherungspflicht besteht. Patienten aus dem Ausland, die keiner deutschen Krankenversicherung angehören, müssen ihre Behandlungskosten in deutschen Kliniken und Praxen selbst bezahlen. Diese gelten ebenso als Selbstzahler.

Leistungen, die ein Selbstzahler in Deutschland in Anspruch nimmt, sind die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese beinhalten in der Regel Leistungen, die

- nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören
- dennoch von Patienten nachgefragt werden
- ärztlich empfehlenswert oder vertretbar sind [vgl. Voigt 2013, 4].

In einer Klinik sind die IGeL Leistungen anders ausgeprägt, als in niedergelassenen Arztpraxen. Während in Arztpraxen z.B. spezielle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Inspektion der Haut vor dem 35. Lebensjahr) eine typische IGeL Leistung darstellen, sind die Schwerpunkte für Selbstzahler in Kliniken zu differenzieren. In Kliniken wäre eine typische IGeL Leistung beispielsweise die Chefarztbehandlung oder ein ästhetischer Eingriff, den die Krankenkasse, sowohl privat als auch gesetzlich, nicht als notwendig erachtet. Oft geht es im stationären Bereich auch um Leistungen, die sich auf den Wohlfühlfaktor und die Lebensqualität auswirken. Große Krankenzimmer, in denen ggf. Platz für eine Begleitperson ist, Flachbildschirm, Blumen Arrangements, stylisches Design, Teppichboden oder auch eine Zwischenmahlzeit in Form von Kuchen am Nachmittag. Der Patient sollte aber nicht außeracht lassen, dass bei Selbstzahlern auch ggf. teure Untersuchungen ohne zwingende Indikation angeboten werden. Die Klinik verdient sehr gut an den Selbstzahlern. Doppeluntersuchungen, unnötige Laboruntersuchungen und auch kleine und große Eingriffe sind da an der

Tagesordnung. Deshalb ist es wichtig, auch als Patient mitzudenken und die Angebote zu hinterfragen.

5.6 Nachsorge

Das Ziel der Nachsorge bei einem Prostata-Ca ist es, ein Tumorrezidiv in einem behandelbaren Stadium zu entdecken, dem Patient Fürsorge zu vermitteln und ihn aufzuklären. Die Nachsorge beginnt bereits 12 Wochen nach Beendigung der Therapie. In den ersten zwei Jahren findet alle drei Monate eine Nachsorgeuntersuchung statt. Im dritten und vierten Jahr alle sechs Monate und ab dem fünften Jahr ist eine jährliche Untersuchung ausreichend. Die Nachsorgeuntersuchung beinhaltet eine Anamnese, eine körperliche Untersuchung und das Ermitteln des PSA-Wertes. Bildgebende Verfahren, wie z.B. ein MRT werden nur eingesetzt, wenn Symptome bestehen oder therapeutische Maßnahmen daraus hervor gehen können [vgl. Hübner 2014, 369]. Desweiteren stellen Rehabilitationsmaßnahmen einen wichtigen Punkt hinsichtlich der Nachsorge dar. Nach einer Therapie wie z.B. einer Operation, kann es zur Inkontinenz und erektilen Dysfunktion kommen. Um dem entgegen zu wirken, sind wiederum spezielle Therapien notwendig. Sowohl medikamentöse, als auch physiotherapeutische Maßnahmen stehen dann im Vordergrund. In der folgenden Abbildung 14 werden die häufigsten Symptome, Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen einer Prostatakrebs-erkrankung aufgelistet.

Physische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Harninkontinenz bzw. Blasenentleerungsstörungen • Erektile Dysfunktion • Darmbeschwerden • Fatigue • Schlafstörungen • Hitzewallungen • Blutarmut • Gewichtszunahme • Abnahme der Muskelkraft und Knochendichte • Schmerzen • Metabolische oder kardiovaskuläre Folgeerkrankungen (u.a. Diabetes)
Psychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Verstimmungen und Traurigkeit • Ängste • Antriebsarmut • Scham und Unwohlsein • Geschwächtes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

Soziale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte Teilnahme am Sozialleben und Freizeitaktivitäten • Beziehungsprobleme • Reduzierte Erwerbstätigkeit • Zunehmende Isolation
→ Folge	Abnahme der Lebensqualität

Abbildung 14: Häufige Symptome, Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen einer Prostatakreberkrankung
[Baumann/Jäger/Bloch 2012, 181]

Um diesen Folgeerscheinungen einer Therapie entgegenzuwirken, wird im Anschluss eine Rehabilitation bzw. eine Anschlussheilbehandlung (AHB) empfohlen. Sie soll dem Patienten dabei helfen, körperliche und persönliche Einschränkungen schneller zu überwinden, um in den Lebensalltag zurückzufinden.

Doch was geschieht nach der AHB? Ist der Patient dann komplett auf sich alleine gestellt? Nein. Es gibt deutschlandweit verschiedene Selbsthilfegruppen, in denen sich betroffene Patienten und auch deren Angehörige treffen und austauschen können. Kontaktadressen findet man im Internet oder aber auch bei seinem Urologen [vgl. Weiß 2012]. Unter Umständen ist das Schamgefühl, gerade wenn es um Impotenz und Inkontinenz geht, aber zu hoch, um sich vor anderen Menschen zu outen. Aus diesem Grund, oder aber auch aus Gründen der Immobilität, gibt es eine Beratungshotline des Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., bei der man sich anonym und gebührenfrei Informationen einholen kann. Nicht nur medizinische und juristische Experten beraten, sondern auch betroffene Männer stehen mit Rat und Tat zur Seite [vgl. Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. 2014].

5.7 Gesundheitssport

Der Gesundheitssport wurde bei chronischen onkologischen Patienten erst sehr spät als begleitende Maßnahme anerkannt und angewendet. Mittlerweile weiß man, dass die körperliche Betätigung nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch soziale, integrative und psychologische Auswirkungen auf die Patienten hat. So werden das Wohlbefinden und die Lebensqualität gefördert. Körperliche Belastung zu vermeiden, um Beschwerden vorzubeugen, ist obsolet. Positive Effekte eines regelmäßigen körperlichen Trainings können z.B. die Linderung von Übelkeit, Erschöpfung und Schmerz sein. Außerdem erhält das Training die Muskelmasse und -funktion und fördert die

Blutbildung, die durch eine Chemotherapie massiv gestört sein kann [vgl. Dimeo/Kubin/Krauth/Keller/Walz 2006, 47-49].

Beim Prostata-Ca bedeutet Gesundheitssport nicht nur Kraft und Ausdauertraining. Ein Hauptbestandteil ist auch das gezielte Beckenbodentraining. Die Ziele des Trainings sind:

- Verbesserung der Inkontinenz, u.a. durch Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur
- Reduktion der erektilen Dysfunktion
- Verbesserung der muskulären und aeroben Fitness
- Steigerung der Körperwahrnehmung und Koordination
- Reduktion der Fatigue-Symptomatik (Erschöpfungssyndrom)
- Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität
- Vermeidung von Folgeerkrankungen wie z.B. Übergewicht, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen

Vor allem nach der radikalen Prostatektomie leiden viele Patienten an Inkontinenz und Impotenz, was die Lebensqualität erheblich einschränkt. Aktuelle Praxiserfahrungen zeigen, dass das Training präoperativ und postoperativ, nach dem ziehen des Katheters sinnvoll ist. 3-4 Trainingssätze täglich mit 10-15 Kontraktionen, verkürzen die Zeit bis zur Wiedererlangung der Kontinenz, bzw. mildern den Grad der Inkontinenz [vgl. Baumann/Jäger/Bloch 2012, 184-185]. Es gibt keine Vorgaben, wie lange das Beckenbodentraining durchgeführt werden muss um erfolgreich zu sein. Oft wird von mindestens 12 Monaten gesprochen. Um aber gute Ergebnisse zu erzielen und zu erhalten, ist es sinnvoll, das Beckenbodentraining konsequent in seinen Lebensalltag mit einzubinden und durchzuführen.

Mit Sportarten wie z.B. dem Fahrradfahren, sollte nach dem operativen Eingriff 4-6 Wochen gewartet werden, um eine Wundheilung zu gewährleisten. Außerdem sind Sportarten und Sportspiele mit Wettkampfcharakter, Körperkontakt oder harten Bällen nur eingeschränkt zu empfehlen, um Überlastungen und die Verletzungsgefahr zu vermeiden [Baumann/Jäger/Bloch 2012, 186].

Die Sexualität und Kontinenz ist für die meisten Männer sehr wichtig und nimmt daher einen markanten Teil der Lebensqualität nach dem Prostata-Ca ein. In der folgenden

Abbildung 15 wird eine Studie dargestellt, die im Jahr 2012 durchgeführt wurde. Es wurden 4391 Patienten in die Studie aufgenommen, die die Kontinenz und Potenz ein Jahr nach einer radikalen Prostatektomie veranschaulicht. Die Belastungsinkontinenz ist so definiert, dass der Patient mehr als einen Vorlagenwechsel pro Tag vornehmen muss. Bei der Potenz konnten nur 1870 von 4391 Patienten berücksichtigt werden, da einige vorher schon unter einer Erektile Dysfunktion (ED) litten oder die postoperativen Daten nicht vollständig vorlagen [vgl. Isbarn/Huland/Graefen 2013, 501].

	Variable	Anzahl der Patienten (%)
Kontinenz (4391)	kontinent	3850 (87,7 %)
	inkontinent	541 (12,3 %)
Erektile Funktion (1870)	keine ED	472 (25,2 %)
	milde ED	452 (24,2 %)
	milde bis moderate ED	224 (12,0 %)
	moderate ED	179 (9,6 %)
	schwere ED	543 (29,0 %)

Abbildung 15: Raten an postoperativer Belastungsinkontinenz und ED
[Isbarn/Huland/Graefen 2013, 501]

Es ist gut erkennbar, dass der postoperative Erfolg bezüglich der Kontinenz sehr positiv ausfällt. Bei der Erektile Funktion hingegen ist der Erfolg nicht so stark ausgeprägt. Knapp 50 % der Patienten leiden nicht oder nur milde an einer ED. Unter schweren Erektionsstörungen leiden immerhin noch 29 %. Diese Patienten müssen noch weitere Behandlungen oder Eingriffe vornehmen lassen, um diese Problematik zu bekämpfen.

6 Beispiel Uniklinik und Privatklinik

Im folgenden wird die urologische Abteilung der Uniklinik Heidelberg und die Klinik für Prostata Therapie in Heidelberg, gegenüber gestellt. Der markanteste Unterschied liegt darin, dass die Uniklinik eine Klinik der Maximalversorgung ist und sowohl gesetzlich- als auch privatversicherte Patienten behandelt. In der Klinik für Prostata Therapie hingegen, werden ausschließlich privatversicherte und selbstzahlende Patienten behandelt. Demzufolge ist das äußere Erscheinungsbild der beiden Kliniken unterschiedlich. Auch wenn sich bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen nicht erheblich voneinander abheben. Allerdings übertreffen die vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Uniklinik, die der Klinik für Prostata Therapie immens. Der Ablauf, der Service und der Aufenthalt in den beiden Kliniken hingegen, ist zu differenzieren.

6.1 Uniklinik Heidelberg

Die Uniklinik Heidelberg ist eine der bedeutendsten klinischen Institutionen in Deutschland mit internationaler Anerkennung. Dies ist auf die älteste Universität Deutschlands zurückzuführen, der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg, die seit dem 18. Oktober 1386 besteht. Schon damals war die medizinische Fakultät neben Jura, Theologie und Philosophie Teil der Universität. Heute ist die Uniklinik Heidelberg europaweit Vorreiter was Krankenversorgung, wissenschaftliche Qualität und studentische Lehre angeht.

Mit modernsten medizinischen Methoden wird die Prostata an der Uniklinik behandelt. Innovative Verfahren etablieren sich schnell. Die Behandlung des Prostata-Ca und der BPH ist vielfältig. Neben den üblichen diagnostischen Mitteln wie der Blutabnahme um den PSA zu bestimmen, gibt es auch in diesem Bereich immer wieder Neuerungen. In der Uniklinik ist es möglich, all diese Behandlungen ohne Zuzahlungen, sowohl für gesetzlich als auch für privat versicherte Patienten, in Anspruch zu nehmen. Folgende Eingriffe und Behandlungsmöglichkeiten sind mittlerweile Routine geworden:

- MRT-navigierte stereotaktische Prostatastanzbiopsie: ultrapräzise perineale Biopsie
- Greenlightlaser (GLL): bei BPH, verdampft das gutartige Prostatagewebe

- Transurthrale Resektion der Prostata (TURP): abhobeln des Prostatagewebes, wird oft nach Stanzbiopsien durchgeführt, die gutartig waren, aber trotzdem der Verdacht auf Malignität besteht (Gewebe wird histologisch untersucht)
- Hochintensiv fokussierter Ultraschall (HIFU): Ultraschallwellen gebündelt zu thermischer Energie, millimetergenaues Verkothen von Prostatakrebs
- radikale Prostatektomie: retropubisch, perineal und mit dem Da Vinci Roboter
- Strahlentherapie: externe Strahlentherapie, Brachytherapie (Seeds Implantation)
- Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT): in Europa einzigartig, Gewebeschonend und exakt steuerbar
- Hormontherapie [vgl. Uniklinik Heidelberg]

Der Patient hat in einer solchen Klinik ein riesiges Angebot an Behandlungsmöglichkeiten. Der Diagnose und dem Verlauf entsprechend, können diese Möglichkeiten speziell und individuell auf ihn zugeschnitten werden. Vorteil ist, dass alle Eingriffe durch die hohen Fallzahlen Routineeingriffe sind. Daraus ergeben sich aber auch negative Aspekte. Viele Patienten kommen sich wie eine Nummer vor. Der persönliche Kontakt wird durch ständig wechselnde Ärzte erschwert. Der Patient muss für sich selbst entscheiden, was für ihn wichtig ist und wo er Abstriche machen will. Hier steht maximale Behandlungsmöglichkeiten vs. Patientenpersönlichkeit.

Was die Unterbringung auf der urologischen Abteilung der Uniklinik Heidelberg angeht, so gibt es zwei Stationen, eine davon ausschließlich für Privatpatienten. Auf der Privatstation gibt es Ein- und Zweibettzimmer, die entsprechend ausgestattet sind. Hingegen auf der "normalen" Station gibt es lediglich ein Einbettzimmer, welches meist als Isolationszimmer genutzt werden muss. Die restlichen Zimmer sind als Zwei- bis Vierbettzimmer ausgelegt. Als gesetzlich versicherter Patient, ist es nicht selten, in einem Drei- oder Vierbettzimmer zu liegen. Das kann unter Umständen sehr unangenehm für die betroffenen Patienten sein. Mit einer Zusatzversicherung, die Anspruch auf Zweibettzimmer anbietet, ist es möglich in einem Zweibettzimmer zu liegen. Der Anspruch des Patienten bzw. sein Versicherungsstatus ist hier maßgebend. Außerdem ist es in besonderen Fällen möglich eine Begleitperson anzumelden, die Kosten dafür müssen selbst getragen werden. Alle Patientenzimmer sind mit einer Dusche und Toilette ausgestattet. Seit einigen Jahren gibt es auch in der Uniklinik Heidelberg fast ausschließlich elektronische Betten, die der Patient selbst mit Hilfe einer Fernbedienung in eine bequeme Position bringen kann. Das Krankenhaus ist nicht klimatisiert, was an heißen Sommertagen sehr unangenehm sein kann. Möchte der Patient gerne Fernsehen, so

kann er ein Fernsehgerät über eine Leihfirma gegen eine Gebühr anfordern. Zugang zum Internet muss ebenfalls gegen eine Gebühr an der Pforte angefordert werden. Das sogenannte Krankenhausessen hat oftmals einen schlechten Ruf. In der Uniklinik Heidelberg kann der Patient pro Mahlzeit zwischen drei Gerichten wählen, sofern er nicht an Lebensmittelunverträglichkeiten leidet oder spezielle Diäten einhalten muss. Davon abgesehen, muss ein Patient in so einer großen Klinik mit teilweise enormen Wartezeiten rechnen, da täglich ein großes Pensum an Patienten behandelt wird [vgl. Uniklinik Heidelberg]. Solche "banalen" Faktoren beeinflussen durchaus das Empfinden für Lebensqualität.

6.2 Klinik für Prostata Therapie

Die 1994 gegründete Spezialklinik ist führend in Sachen schonende Prostata-Diagnostik und Prostata-Therapie. Nicht nur deutschlandweit hat sie sich einen Namen gemacht, auch aus allen Teilen der Welt reisen Patienten an, um sich dort behandeln zu lassen. Das Konzept der Klinik lautet: Modernste Medizintechnik gepaart mit angenehmer, menschlicher Atmosphäre. Das Hauptaugenmerk liegt auf schonenden Behandlungsmethoden, welche nun aufgeführt werden:

- MRT-navigierte stereotaktische Prostatastanzbiopsie
- GLL (Greenlightlaser)
- Evolve Laser: bei BPH, Infrarot-Laserstrahl, sehr schonend, beeinträchtigt nicht den Samenerguss
- HIFU (Hochintensiv fokussierter Ultraschall)
- NanoKnife bzw. irreversible Elektroporation Verfahren (IRE) Verfahren: elektronisches Skalpell, welches die Zellmembran öffnet, kurze Spannungsimpulse um Krebszellen zu zerstören [vgl. Klinik für Prostata Therapie 2014]

Es sind Parallelen zu den Behandlungsmethoden der Uniklinik zu erkennen, wobei der Evolve Laser und das IRE-Verfahren dort nicht angewendet werden. Im Gegenzug werden in der Klinik für Prostata Therapie keine radikalen Operationen durchgeführt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Karzinome, die dort behandelt werden, noch nicht metastasiert sind und schonend behandelt werden können.

Die Unterbringung in der Klinik für Prostata Therapie ist weitaus luxuriöser ausgelegt, als in der Uniklinik. Hier wird viel Wert darauf gelegt, dass das Ambiente modern und

gemütlich ist. Moderne Farbkonzepte erfüllen jeden Raum mit einer angenehmen Atmosphäre. Die Zimmer sind immer Einzel- oder Zweibettzimmer. Die Möglichkeit, dass die/der Lebenspartner/-in mit dem Patient in einem Zimmer übernachtet ist gegeben. Sollte dies aus Beleggründen nicht möglich sein, so wird ein ansprechendes Hotelzimmer vermittelt. Desweiteren sind alle Patientenzimmer mit elektrischen Betten, einem Fernsehgerät und Wireless Lan ausgestattet, um die Internetbenutzung zu gewährleisten. Selbstverständlich sind alle Patientenzimmer auch mit einer eigenen Toilette und Dusche versehen. Die Wartezeiten beschränken sich in der Klinik für Prostata Therapie, durch die übersichtliche Patientenzahl, auf ein Minimum. Außerdem lädt die Dachterrasse, mit Blick über die hübsche Altstadt Heidelbergs, zum Entspannen ein [vgl. Klinik für Prostata Therapie 2014].

In dieser Klinik stehen schonende Therapien mit Wohlfühlfaktor vs. Notfallmedizin bei Komplikationen. Komplikationen können bei jedem Eingriff auftreten und dort nur bedingt kompensiert werden. Sollten diese massiv oder lebensbedrohlich sein, so sollte der Patient schnellst möglich in eine Klinik mit Notfallmedizin verlegt werden. In diesem Fall wäre das die Uniklinik Heidelberg.

7 Handlungsempfehlungen für die Optimierung der Lebensqualität

Beruhend auf subjektives Empfinden, wird in dieser Arbeit untersucht, wie Krebspatienten Lebensqualität empfinden. Speziell beim Prostatakarzinom unterscheidet sich diese im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen. Die Klassifikationssysteme nach ICD und TNM ermöglichen eine klare Einschätzung der Situation.

Präventions- und Aufklärungskampagnen sollen Menschen dazu ermutigen an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Entscheidend hierbei ist, diese Kampagnen ansprechend für den Kunden zu gestalten. Eine professionelle Konzeption ist dabei unerlässlich. Viele dieser Vorsorgeuntersuchungen werden von den Krankenkassen finanziert und auch kommuniziert. Nimmt man daran teil, so können viele Krebserkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Gesunde Ernährung, viel Bewegung, Entspannung und ein guter Schlaf beugen nicht nur Krankheiten und Stress vor, sie führen auch dazu, dass man sich wohlfühlt. Erkrankt aber ein Mann an einem Prostata-Ca, so ändert das alles für ihn. Viele Dinge treten erst einmal in den Hintergrund. Möglicherweise setzt er sich schon mit dem Tod auseinander. Elisabeth Kübler-Ross hat die Phasen des Sterbens analysiert. Sie fand in einer Studie mit über 200 Patienten heraus, dass es fünf Stadien bzw. Phasen gibt.

1. Nicht-Wahrhabenwollen und Isolierung,
2. Zorn,
3. Verhandeln,
4. Depression,
5. Zustimmung [Menche/Bazlen/Kommerell 2001, 568].

Diese Verhaltensmuster treffen nicht nur auf Sterbende zu, oft verhalten sich Menschen, die eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert bekommen, ähnlich. Wenn sich die Patienten mit der Krankheit und ihren Behandlungsmethoden auseinander setzen, müssen sie eine Entscheidung treffen. Wenn das Karzinom schon sehr ausgeprägt ist und eine radikale Operation durchgeführt werden muss, so sollte der Patient zusammen mit seinen Angehörigen, insbesondere mit dem/der Lebenspartner/-in, verschiedene Risiken berücksichtigen. Die größten Ängste bei der Operation des Prostata-Ca sind wohl die, dass der Patient anschließend inkontinent und impotent sein könnte. Dies bedeutet einen großen Einschnitt in der Lebensqualität. Beides sind in der heutigen Gesellschaft Tabu-Themen. In den Medien wird häufig publiziert, dass Män-

ner bis ins hohe Alter Kinder zeugen. Es ist nichts Ungewöhnliches mehr, wenn ein 80-jähriger Mann Vater wird. Ob das für jedermann erstrebenswert ist, sei dahin gestellt. In der Regel ist die Familienplanung beim älter werdenden Mann abgeschlossen. Trotzdem ist auch in höherem Alter ein erfülltes Sexualleben erstrebenswert und für manch einen ein großer Teil der Lebensqualität. Das Thema Inkontinenz ist ein ebenso großes Thema. Die Gefahr, dass sich die betroffenen Patienten aus dem sozialen Leben zurück ziehen, ist groß. Unsicherheit und Scham sind die täglichen Begleiter. Es darf nicht außeracht gelassen werden, dass sowohl Inkontinenz als auch Impotenz behandelbar sind. Durch Medikamente, Übungen und weitere Eingriffe, können diese Problematiken angegangen und verbessert bzw. geheilt werden. Aus diesen Gründen, ist zu berücksichtigen welche Therapieform gewählt wird. Offene Gespräche mit dem behandelnden Arzt sind daher unerlässlich.

Es gibt Therapien des Prostata-Ca, die die GKV nicht finanziert. Sollte eine solche Methode, die beispielsweise einen minimalinvasiven Eingriff vorsieht, mögliche Komplikationen des Patienten verringern, so sollte er sich mit dieser Möglichkeit auseinandersetzen. Das Ergebnis könnte seine persönliche Lebensqualität erhalten und verbessern bzw. nicht verschlechtern.

Geht man einen Schritt weiter und hat einen Patienten, dessen Prostata-Ca metastasiert und austherapiert ist, steht man vor der Frage: Was nun? Nicht immer ist es sinnvoll noch weitere Therapien zu starten. Oft sind die Patienten dann an einem Punkt, an dem sie nicht mehr Kämpfen wollen und können. Man sollte das als Angehörige und auch als Arzt akzeptieren. Bei manchen kommt dieser Punkt schon früher. Der ständige Kampf gegen den Krebs, die Ängste, die Nebenwirkungen der Medikamente uvm. sind weit weg von der erstrebten Lebensqualität. Man sollte versuchen, der Person einen schönen Lebensabend zu bereiten.

Die Erfolgsfaktoren für eine gute Lebensqualität in der Onkologie, speziell beim Prostatakarzinom werden in der Abbildung 16 dargestellt. Einfache Verhaltensregeln ermöglichen ein Leben mit Qualität.

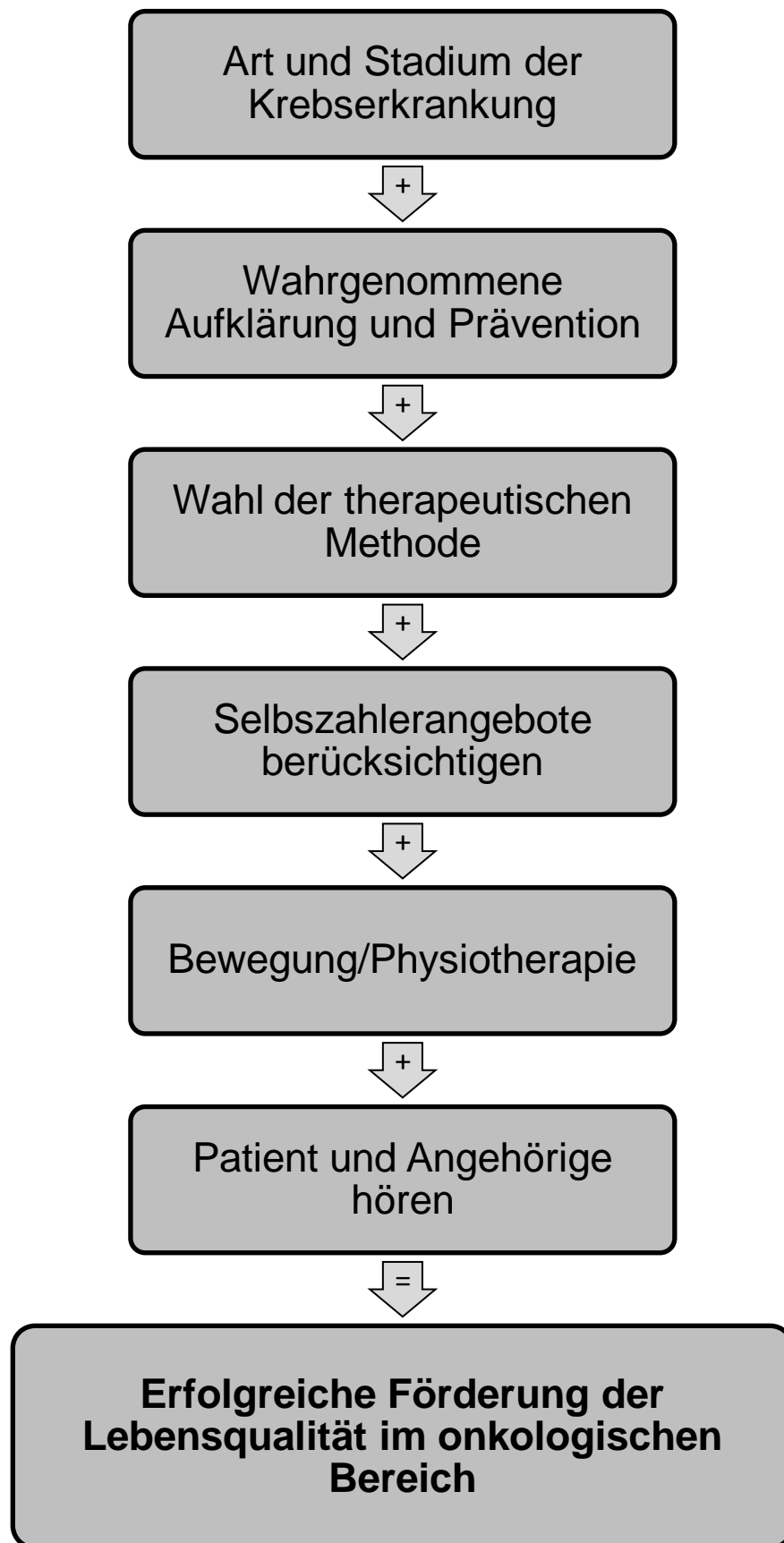


Abbildung 16: Erfolgsfaktoren der Lebensqualität im onkologischen Bereich
[Eigene Abbildung]

Literatur- und Quellenverzeichnis

Alberts, David/Hess Lisa M. (2014): Fundamentals of Cancer Prevention. 3. Auflage. Heidelberg, New York, Dordrecht, London.

Baumann, Freerk T./Jäger, Elke/Bloch, Wilhelm (2012): Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie. Heidelberg, Berlin.

Berger, Dietmar Paul/Engelhardt, Rupert/Mertelsmann, Roland (2014): Das Rote Buch: Hämatologie und Internistische Onkologie. 5. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg.

Bruhn, Manfred (2005): Unternehmens- und Marketingkommunikation: Handbuch für ein integriertes Kommunikationsmanagement. München.

Bruhn, Manfred (2009): Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation: Strategische Planung und operative Umsetzung. 5. Auflage. Stuttgart.

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (2014): Beratungshotline.
URL: <http://www.prostatakrebs-bps.de/2-uncategorised/450-beratungshotline>
(13.06.2014)

Deutsche Krebshilfe e.V. (02/2013): Die blauen Ratgeber: Prostata Krebs. Antworten.Hilfen.Perspektiven. 17. Ausgabe. Bonn.

Deutsche Krebshilfe e.V. 2013
URL: <http://www.krebshilfe.de/metanavigation/presse/archiv-meldungen/archiv-meldungen-einzelansicht/browse/2/article/mit-aller-kraft-gegen-das-rauchen-1/1677.html>
(03.05.2013)

Dimeo, Fernando C./Kubin, Thomas/Krauth, Konstantin A./Keller, Markus/Walz, Armin (2006): Krebs und Sport: Ein Ratgeber nicht nur für Krebspatienten. Berlin.

Harms, Fred/Gänshirt, Dorothee (2005): Gesundheitsmarketing: Patientenempowerment als Kernkompetenz. Stuttgart

Hellmann, Stefanie (2006): Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den AEDL und den Pflegediagnosen: Checkliste für die tägliche Praxis. 5. Auflage. Hannover

Hoffmann, Stefan/Müller, Stefan (2010): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. 1. Auflage. Bern.

Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Joachim (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Bern.

Hübner, Jutta (2014): Onkologie interdisziplinär: evidenzbasiert - integrativ - patientenzentriert. Stuttgart.

Integrierte Kommunikation

URL: http://www.konzept-bild-design.de/images/integrierte_kommunikation.jpg
(17.01.2014)

Isbarn, Hendrik/Huland, Hartwig/Graefen, Markus (2013): Ergebnisse der radikalen Prostatektomie beim neu diagnostizierten Prostatakarzinom. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110 (29-30). 497-503.

King, Cynthia R./Hinds, Pamela S. (2001): Lebensqualität: Pflege- und Patientenperspektiven - Theorie - Forschung - Praxis. Bern.

Klinik für Prostata Therapie 2014

URL: <http://www.prostata-therapie.de/html/klinik/aufenthalt.htm>
(25.05.2014)

Kreyher, Volker (2001): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing: Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg.

Leischner, Hannes (2007): BASICS Onkologie. München.

Marstedt, Gerd (31.01.2007)

URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0531>
(17.01.2014)

Menche, Nicole/Bazlen, Ulrike/Kommerell, Tilman (2001): Pflege Heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2. Auflage. München, Jena.

Mit aller Kraft 2013

URL: <http://www.mit-aller-kraft.de/unsere-unterstuetzer/benedikt-hoewedes.html>
(03.05.2014)

Präventionsprogramme AOK (Januar 2013)

URL: <http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/vorsorge-praevention-krebsvorsorge-28006.php>
(06.05.2014)

Robert Koch-Institut 2013: Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe.

URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KID2013.pdf?__blob=publicationFile
(11.04.2014)

Scherenberg, Viviane/Greiner, Wolfgang (2008): Präventive Bonusprogramme: Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas. Bern.

Schwarz, Torsten/Braun, Gabriele (2006): Leitfaden Integrierte Kommunikation. Waghäusel.

Schwarz, Torsten/Braun, Gabriele (2008): Leitfaden Integrierte Kommunikation. 2. Auflage. Waghäusel.

Sökeland, Jürgen/Weiß, Hubert E. (09.12.2011): Wachstum und Ausbreitung des Prostatakarzinoms.

URL: http://www.prostata.de/pca_wachstum_ausbreitung.html
(21.05.2014)

Uniklinik Heidelberg

URL: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Urologische-Klinik.104992.0.html>
(25.05.2014)

Urogenitaltrakt des Mannes

URL: http://www.port01.com/uploads/cities/newsimages/2012/02/original/2012-02-16_11:32:11_prostata.jpg
(16.05.2014)

Voigt, Tobias (2013): Individuelle Gesundheitsleistungen: IGeL. Heidelberg.

Weiß, Hubert E. (2012): Adressen von Selbsthilfegruppen.

URL: http://www.prostata.de/selbsthilfe_adressen.html

(13.06.2014)

Welp, Ingelore (2008): Ein Leben in autonomer Verantwortung. In: Deutsches Ärzteblatt 10/2008. A514-517.

WHO 2003: All World No Tobacco Days (Aktualisiert 01.05.2014)

URL: <http://www.who.int/tobacco/wntd/previous/en/>

(03.05.2014)

WHO 2014: International Classification of Diseases (ICD). Information Sheet.

URL: <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/>

(13.04.2014)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname

Lebenslauf mit Bild



Persönliche Daten

Name:	Jilg
Vorname:	Barbara
Adresse:	Kaiserstr. 136, 76133 Karlsruhe
Telefon:	0176/22952399
E-Mail:	barbara.jilg@gmx.de
Geburtsdatum:	08.03.1986
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	deutsch

Studium

04/2011 - heute:	Abschluss: 07/2014 Bachelor of Arts, Gesundheitsmanagement/ Prävention, Sport und Bewegung an der Hochschule Mittweida
04/2013 - 09/2013:	Praxissemester, Gemeinde Oberharmersbach

Berufliche Erfahrungen

11/2006 - 03/2011:	Gesundheits- und Krankenpflegerin im Bereich der Urologie, Fort- und Weiterbildung zur Wundmanagerin, am Universitätsklinikum Heidelberg
--------------------	--

Ausbildung

10/2003 - 09/2006:	Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, Zentralklinikum Augsburg
09/2002 - 08/2003:	1-jähriger Berufskolleg Gesundheit und Pflege, Kreisschulzentrum Offenburg
09/2001 - 08/2002:	Mittlere Reife, Bildungszentrum Ritter von Buss Zell a. H.

Sprachen

Englisch:	Schrift und Sprache
-----------	---------------------

Spezielle Fähigkeiten

Sehr gute Kenntnisse:	Microsoft Office SAP am Universitätsklinikum Heidelberg
-----------------------	--